Rok XXXIX. Kraków, 7 Lipca 1900. Nr. 27.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z ambulator. klinicznego Prof. Dra Chvostka.

Syringomyelia na tle kiły

Podał

Dr. Olejnik.

W etyologii syringomyelii, oprócz hidromyelii, gliozy Schultzego, niepośledni rolę gra uraz. Pominąwszy trudności w osądzeniu takich przypadków, musimy do pewnego stopnia zgodzić się z Leydenem, Oppenheimem, Strümpellem, Minorem, Westphalem (*jun.*), że uraz powoduje niekiedy powstanie syringomyelii; może krwotoki, wskutek urazu powstałe (*pachymeningitis haemorrhagica*, krwotoki w rdzeniu samym), jak to Minor[1]), Schultze[2]) spostrzegali, wyjaśnić zdołają związek pomiędzy powstaniem syringomyelii a krwotokiem. Że alkoholizm przyczynia się do krwotoków w oponach i rdzeniu samym, które następowo powodują powstawanie jam[3]), jest bardzo prawdopodobne.

Przypadek krwotoku z późniejszem powstaniem syringomyelii miałem sposobność spostrzegać w ambulator. prof. Dr. Chvostka.

Pacyentka A. N., z Czech, służąca, 24 lat licząca. Dziedzicznie nie obciążona. Kiły nie przebywała. Przed 4 laty, wśród utraty przytomności przez 15 minut, nastąpiło porażenie prawej połowy ciała wraz z nerwem twarzowym, trwające przez kilka dni. Pomału objawy te znikły zupełnie; a w dwa miesiące występuje niedowład kończyny górnej prawej, zaniki mięśni międzykostnych ręki prawej, typowy obraz porażenia n. sprychowego, upośledzenie czucia ciepłoty; chora podaje, że nie mogła już dawniej rozróżnić ciepła od zimna, wreszcie sinica tejże kończyny. Wkrótce potem występują zaniki na przedramieniu lewem z temi samemi zmianami w upośledzeniu czucia ciepłoty.

Stan obecny. Źrenice obie oddziaływają na światło i na akomodacyę dobrze. Szpary powiekowe równe. Wszystkie gałęzie nerwu twarzowego funkcyonują prawidłowo. Lewa połowa języka ścieńczała, tu i ówdzie drgania włókienkowe; ruchy języka nieupośledzone. Odruch gardłowy utrzymany, mowa wyraźna. Zachłystywania się chora nie zauważyła.

Zaniki mięśni: m. kapturowy prawy ścieńczały (wskutek czego ramię obwisłe ku dołowi), wyraźne drgania włókienkowe. M. naramienny prawy w części przedniej lekko zanikły, dalej zanik przechodzi na m. dwugłowy prawy, mięśnie przedramienia wyprostne, mięśnie zaś małe ręki najwięcej ucierpiały, przestwory międzykostne zapadłe; brzusiec dłoniowy (*thenar*) i przeciwbrzusiec wystają, jako drobne pęczki mięśniowe. Wyprostowanie ręki niemożliwe, ręka zwisa, jak przy porażeniu ołowiczem. Po stronie lewej zanikły mięśnie w mniejszym stopniu: mięsień dwugłowy i kapturowy bez zmian. Czucie dotyku utrzymane. Typowe zmiany w czuciu ciepłoty i bólu na całem przedramieniu, od obwodu począwszy w górę do 1/3 ramienia, po obu stronach do wysokości 1/3 górnej ramienia, najwyraźniejsze na obwodzie. Odruchy ścięgniste wzmożone. Na kończynach dolnych zaników mięśni niema, czucie dotyku i ciepła nieupośledzone. Odruchy ścięgniste wzmożone. Ze strony pęcherza i kiszki stolcowej żadnych nieprawidłowości.

Mamy przed sobą przypadek syringomyelii, najprawdopodobniej na tle krwotoku w górnej części szyjnej rdzenia przedłużonego, (okolica ośrodków nerwu języko-ruchowego i dodatkowego Willisa), oraz rogów przednich. Że taki krwotok mógł mieć miejsce, wskazuje przemijające porażenie połowicze ciała. Wybroczyna została wessana, zmiany znikły, a natomiast powstały drobne krwotoki w rdzeniu przedłużonym, które dają pochop do bujania tkanki podścieliskowej z następowym rozpadem i wytworzeniem jam, dających obraz tak zwanej syringomyelii.

Jednym z najważniejszych powodów powstawania jam w rdzeniu pacierzowym jest kiła, czego w piśmiennictwie mamy liczne dowody: Dejerine[1]) stwierdził zanik komórek w rogach przednich; nie znalazłszy w oponach miękich żadnych zmian, sądzi, że zmiany w komórkach powstały na tle kiły. Roth[2]) podaje przypadek syringomyelii u 54-letniego mężczyzny, który w młodym wieku przebył kiłę. Choroba rozpoczęła się przed dwoma laty. Zmiany w czuciu dotyku, bóle rwące w górnej kończynie prawej. Bezbolesność (*analgesia*) i brak czucia ciepła (*thermoanaesthesia*). Cohen and Chas k. mills[3]) opisuje przypadek porażenia opuszkowego (*Bulbärparalys*) i syringomyelii u 55-letniego pacyenta, chorego na kiłę. Jarisz[4]) opisał zmiany zanikowe w rogach przednich na tle kiły u dzieci, bez objawów klinicznych. Neuhaus[5]) spostrzegał u 26-letniego robotnika wystąpienie drgawek, brak oddechu, zaniki mięśni na obu przedramionach, pocenie się. Zmiany w czuciu bólu i ciepłoty na przedramieniu prawem, owrzodzenia na palcach. Wywiady stwierdziły kiłę. Seebohn[6]) spostrzegał u syfilityka rozszerzenie powiek oka prawego, objawy syringomyelii, jamy w rdzeniu, zwyrodnienie sznurów Golla. Jegorow[7]) opisał porażenie obu kończyn dolnych, zaniki

---

[1]) Minor über centrale Haematomyelie. *Arch. für Psych.*

[2]) Über Befunde von Haematomyelie und Oblongatablutungen mit Spaltbildung bei Dystokien. *Deutsch. Zeitschrift für Nervenheilkunde. Band 8.*

[3]) Westphal. Beitrag zur Lehre der Syringomyelie. (*Archiv für klinische Medizin. Bd. 64*).

[1]) Dejerine (*Archiv. de Physiolog. Bd. 8*).

[2]) Roth. Contribution a l'etude symptom. etiologique de la gliomatose medull. (*Archiv de Neurolog. 1888*).

[3]) Cohen and Chas k. Mills. Bulbärparalys marked. disturbance of poin and temp sense and other phenomenes poit to Syringomyelie. (*Philad. Rep. Juli 1900*).

[4]) Vierteljahrschrift für Dermatolog u. Syphilis 1881.

[5]) Neuhaus. Z. Patholog. der Höhlenbildung im Rückenmarke. Inaugural. Dissertat. 1889.

[6]) Ein Fall von Tumor der Medull. spinal. mit Syringomyelie. Inaugural. Dissert. Strassburg 1888.

[7]) Ein Fall von Syringomyel. (*Neurolog. Centralbl. 1891*)

mięśni, utratę odruchów ścięgnistych, zmiany w czuciu bólu i ciepłoty, objaw Robertson-Argylla. Sekcya wykazała: zmiany kiłowe naczyń, drobne jamy w rdzeniu.

Eisenlohr[1]) dodaje opis choroby robotnika, dziedzicznie obciążonego, ulegającego objawom Robertsona i Romberga, zanikom mięśni, zmianom w czuciu. Sekcya wykazała: glejaka (*Glioma*) rdzenia i zwyrodnienie sznurów Golla. Beevor[2]) stwierdził u 50-letniego mężczyzny zaniki mięśni na przedramionach, niedowład kończyny lewej dolnej, zaburzenia czucia. Sekcya wykazała: dwa kilaki w szyjnej części zgrubienia rdzeniowego. Siemerling[3]) podaje przypadek, w którym zmiany w oponach miękkich przechodziły na rdzeń w postaci nacieków drobnokomórkowych; stwierdzono jamy i krwotoki rozsiane w rdzeniu, obraz syringomyelii. Lamy wspomina o zanikach komórek nerwowych w rogach przednich u pacyenta. który przebył kiłę. Oppenheim demonstrował zaniki komórek nerwowych w rdzeniu przedłużonym na tle kiły. Alzheimer[4]) opisał przypadek, w którym u kobiety 42-letniej (wywiady nie stwierdziły kiły) wystąpiły od r. 1893 rwące bóle w karku, obie źrenice słabo oddziaływały na światło, niedowład kończyny dolnej prawej był większy, niż lewej. Odruchy wzmożone. Zmiany w czuciu bolu i ciepłoty, przeczulica. Sekcya wykazała: zapalenie rdzenia i jego opon, zmiany w komórkach rogów przednich, czy drogą krążenia spowodowane, czy też zmianami w korzeniach przednich, rzecz nierozstrzygnięta. Saxer[5]) sądzi, że w jego przypadku idzie o zapalenie rdzenia i jego opon z wytworzeniem jam i bujaniem glii, jako sprawą następową. Co to za sprawa, nie można stanowczo rozstrzygnąć, prawdopodobnie kiła. Zmiany w rdzeniu mogą być zupełnie podobne, jak przy pierwotnej gliozie, uwzględniwszy nadto, że powstające jamy w zetknięciu z przewodem środkowym otrzymują wyściółkę przybłonkową. Nonne[6]) opisuje przypadek gliozy i wiądu rdzenia u chorego na kiłę. Wedle Nonnego przypadki takie przebiegają pod postacią odmieńczą (atypową) wiądu rdzenia, gdzie sekcya wykazuje swoiste zmiany w rdzeniu i oponach, mianowicie w tych miejscach, gdzie zwyczajnie jest lokalizacya zmian klinicznego wzoru wiądu rdzenia (Strümpell, Westphal, Siemerling, Oppenheim, Flechsig[1]). Obok zmian właściwych wiądu rdzenia napotykamy zmiany kiłowego zapalenia rdzenia i jego błon. Nierzadkie są przypadki, gdzie u chorego na kiłę z typowym wiądem rdzenia widzimy przy sekcyi jamy podobne, jak przy syringomyelii. Przypadki Eisenlohra, Nonnego, Jegorowa są podobne do siebie z tego względu, że obok objawów wiądu rdzenia, przyszło do wytworzenia się jam i bujania glii. Inni autorowie przypuszczają, że musi być blizki związek pomiędzy kiłą, a opisanemi zmianami. Według Schwarza[7]) nie podlega wątpliwości, że zapalenie opon rdzeniowych musi przyczyniać się do powstawania jam. Ciekawem jest, że we wszystkich tych przypadkach góruje zakażenie kiłowe.

Schultze[1]) wypowiada zdanie, że kiła przez zapalenie tętnic (*arteriitis*), twardówki (*pachymeningitis*), rdzenia i błon jego (*meningomyelitis*) może dać powód do wytworzenia jam. Böttiger[2]) opisuje zmiany w komórkach rogów przednich i słupach Clarkego. Barwienie metodą Nissla wykazało wytworzenie się wakuoli, drobnoziarnisty rozpad, zanik jąder. Najwięcej ulegają zmianom słupy Clarkego i korzenie przednie. W naczyniach zmiany Heubnerowskie. Westphal[3]) opisuje przypadek kiły ustrojowej, zaniku mieszkowego języka (*atrophia follicularis linguae*), jamy w rdzeniu (*syringomyelia, pachymeningitis interna haemorrhagica, leptomeningitis cerebri et medullae spinalis*). W późniejszym przebiegu choroby występuje objaw Robertsona.

Wedle Westphala objaw ten przemawia więcej za kiłą, chociaż pojedynczy autorowie (Brutton[4])) spostrzegali ten objaw w syringomyelii (bez wiądu rdzenia i porażenia postępowego). Dr. Buchholz[5]) daje następujący opis: choroba rozpoczyna się w 15 roku życia drżeniem na całem ciele, oraz pojedynczemi drganiami w zakresie n. twarzowego w czasie mówienia. Chory okazuje niedowład kurczowy kończyn dolnych, źrenice nierówne, zanik nerwu wzrokowego. Usposobienie gnuśne, lękliwe, kilaki jądra. Sekcya wykazuje w okolicy naczyń drobne krwotoki w istocie szarej, zmiany komórek w rogach przednich; w rdzeniu drobne jamy, a w ich okolicy bujanie glii. W zwoju potylicznym jama, zmian zapalnych na błonach miękkich wykazać nie można.

Nebelthau[6]) podaje kliniczne objawy: niezupełne porażenie połowicze po stronie prawej, upośledzenie mowy (*dysarthria*). Zapalenie n. wzrokowego, ból, zawrót głowy, wymioty, w późniejszym przebiegu choroby niedowład strony lewej, porażenie w zakresie nerwu okoruchowego. Sekcya wykazała kilak w lewej połowie mózgu, torbiele, zapalenie opon mózgowych na podstawie; w części szyjnej 15 ctm. długa jama; obok tego bujanie glii, zapalenie opony miękiej (*leptomeningitis*), zmiany Heubnerowskie w naczyniach. Ponieważ kiła mózgowo-rdzeniowa w największej części przypadków powoduje zmiany w naczyniach, zwrócono uwagę na to, czy pierwotne zmiany w naczyniach nie powodują martwicy w rdzeniu i następowego rozpadu. Westphal w swoim przypadku syringomyelii i równoczesnej kiły pisze: „jamy te, szczególnie w rdzeniu przedłużonym, okazują pewien związek z naczyniami, przebiegają one w kierunku, albo obok naczyń“.

Naczynia są rozszerzone, wypełnione szklistą substancyą. Ściany są zgrubiałe, a światło ich często zamknięte; takie naczynia wpadają do miejsc uległych martwicy.

---

[1]) Eisenlohr. Zur pathologisch. Anatom. der Syphilis, Tabes. (*Neurologisch. Centralblatt 1891*).

[2]) Beevor. Syphylitis tumor of spinal cord with Symptoms simulativ Syringomyelie (*Brith. med. Journal 1893*).

[3]) Siemerling. Z. Syphilis des Centralnervensystems. (*Archiv f. Psychiatrie & Nervenpathologie Bd. 22*).

[4]) Alzheimer. (*Archiv für Psychiatr. Nervenpatholog. Bd. 32*).

[5]) Saxer. Anatom. Beiträge zur Kenntniss der sogen. Syringomyelie. (*Zieglers Beitrag. Bd. 20*).

[6]) Nonne. (*Archiv für Psychiatr. Bd. 24*).

[7]) Schwarz. Meningomyelit. syphilitica mit Höhlenbildung im Rückenmarke. (*Zeitschr. f. klin. Medicin. 1898*).

[1]) Schultze. Berichte vom Moskauer Congress.

[2]) Böttiger. Beitrag zur Lehre von den luetischen Rückenmarkskrankheiten. (*Archiv für klinische Psychiatrie Bd. 26*).

[3]) Westphal. (*Archiv für klinische Medicin Bd. 64*).

[4]) Brutton. Ein Beitrag zur Casuistik der Syringomyelie. (*Inaugural. Dissert.* Dorpat 1892).

[5]) Dr. Buchholz. Ein Fall syphilitisch. Erkrankung des Nervensystems. Bd. 32. 1899).

[6]) Prof. Nebelthau. Syphilis des Centralnervensystems mit centraler Gliose u. Höhlenbildung. (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde.* Bd. 16. 3 u. 4 Heft).

Westphal wraz z Schlesingerem jest zdania (jak to już poprzednio Leyden i Schulze dowiedli), że zmiany naczyniowe grają szczególniejszą rolę w powstawaniu jam. Zasługują również na uwagę zmiany w oponach (*pachy-eptomeningitis*), zwłaszcza wobec mnożących się coraz bardziej spostrzeżeń, że zmiany w oponach pośredniczą w powstawaniu syringomyelii. Fr. Müller[1]) i Meder twierdzą, że kiła nabyta i odziedziczona nie rzadko jest przyczyną syringomyelii.

Przypadek syringomyelii na tle kiłowem, spostrzegany dłuższy czas w ambulatoryum prof. Dra Chvostka jest następujący:

Anna Julis. zgłosiła się do kliniki 29 marca; liczy lat 44, robotnica, dawniej *publica*, rodem z Czech. Wywiady: rodzice oboje nie żyją, przyczyny śmierci chora podać nie może. Z rodzeństwa 4 umarło w wieku wczesnym. W 6 roku życia przebyła dur brzuszny. Obecna choroba rozpoczęła się przed 8 laty utratą siły w dwóch ostatnich palcach ręki prawej; chora nie mogła nic utrzymać w tych palcach. Z początku była ta ręka obrzmiała, a skóra na niej popękana, poczem nastąpiły zaniki mięśni. W dalszym ciągu chora traciła stopniowo siłę w ręce lewej, później w ramieniu lewem, pomału zanikły mięśnie śródręcza. Przed 5 laty była leczona ambulatoryjnie prądem elektrycznym. Bólów rwących w tych kończynach chora nie miała. Przed dwoma miesiącami uczuła mrowienie, kłócie w palcach, ramieniu, łopatce i w połowie prawej twarzy, poczem wystąpiło uczucie stretwienia w ramieniu prawem. Przed 8 dniami rozpoczął się znów napad mrowieniem w prawej ręce, przeszło ono na ramię, połowę twarzy i piersi po prawej stronie; obok tego uczucie strachu, umiejscowione w okolicy serca, poczem nagle pojawiły się drgania kloniczne naprzód w palcach ręki prawej, przeszły na przedramię, ramię i twarz (chora podaje, że jej rękę i twarz wykrzywiło, przyczem i ucho się poruszało). To trwało 2—3 minuty. Od 17 marca cierpi chora na ból głowy, szczególnie w czole i tyłogłowiu po stronie prawej, oprócz tego pojawiają się bóle w części szyjnej kręgosłupa. Od dwóch lat chora ma gorszy wzrok, wśród bólu głowy widzi koła tęczowe, które pojawiają się podczas ruchu(a znikają, kiedy chora spokojnie leży. Bóle głowy powtarzają się częściej. Pierwej opisane napady w górnej połowie ciała powtórzyły się trzykrotnie bez utraty przytomności, wśród objawów strachu i gniecenia w żołądku. Przed 18 laty miała chora wrzód na częściach rodnych, który w przeciągu kilku tygodni wyleczyła; osutki żadnej nie miała; leczenia rtęciowego nie przebywała. Takie same owrzodzenie miała przed 2 laty. Regularność pojawiła się w 13 roku życia. Przed dwoma laty wystąpiły chwilowe zaburzenia w oddawaniu moczu, mianowicie parcie przy oddawaniu. Bóle w tyłogłowiu. Kiły nie przebywała. (?)

Stan obecny: Chora budowy wątłej, o średnio rozwiniętej tkance mięśniowej. Obie źrenice węższe, nie oddziaływają na światło, ani na akomodacyę. Badanie dna oka (na klinice prof. Fuchsa) dało wynik ujemny. W zakresie nerwów twarzowego, okoruchowego, językoruchowego zmian żadnych. Odruch gardłowy utrzymany. Ruchy językiem swobodne. Obie połowy języka równe. Mięśnie małe ręki prawej zanikłe, po prawej stronie więcej, niż po lewej, najwybitniejsze są zmiany są w brzuścu i przeciwbrzuścu dłoniowym, dalej zanikłe są mięśnie przedramienia, przedewszystkiem mięśnie prostujące, wskutek tego ręka zwisa, jak przy porażeniu ołowiczem. Po stronie prawej chora ręki nie może wyprostować, po lewej wyprostowanie do pewnego stopnia możliwe. Przestwory międzykostne śródręcza wklęsłe, wyraźne drgania włókienkowe. Pnie nerwowe przy ucisku niebolesne.

Badanie prądem elektrycznym wykazuje zmiany ilościowe. Czucie dotyku nie wykazuje żadnych zmian. Czucie ciepłoty na obu rękach i przedramionach upośledzone, więcej w częściach obwodowych. Podmiotowo chora doświadcza uczucia zimna, ręce chłodne, sinawe. Odruchy ścięgniste wzmożone. Na kończynach dolnych, oprócz lekkiego wzmożenia odruchów kolanowych, — zmian żadnych. Odruchu stopowego nie da się wywołać.

$^{31}/_{3}$. Chora dostała napadu, który rozpoczął się mrowieniem w prawej ręce, przedramieniu, ramieniu, na twarzy, do tego dołączyły się kurcze drgawkowe w tym samym porządku. Napad trwał 5 minut, przytomność utrzymana.

$^{3}/_{4}$. Lekkie drgania w palcach i przedramieniu prawem, trwające 3 minuty, poczem chora czuje większe osłabienie w ramieniu prawem, czucie dotyku prawidłowe.

$^{8}/_{4}$. Bóle głowy w okolicy czoła, bolesność w zakresie n. nadoczodołowego.

$^{10}/_{4}$. Napad podobny jak $^{3}/_{4}$.

$^{16}/_{4}$. Władza w ręce prawej wraca, rwące bóle i przeczulica w tej kończynie zmniejszają się; badanie czucia wykazuje te same zmiany, co poprzednio. Leczenie: *Rubidium jodatum.* Wedle podania chorej, czuje ona więcej siły w rękach.

Mamy przed sobą przypadek zaniku mięśni, połączonego z utratą czucia dla ciepła i zimna. Niedowład obu kończyn górnych więcej po stronie prawej, niż lewej. Objaw Robertsona.

Ważnem zjawiskiem są kurcze drgawkowe (epilepsia Jacksoni), rozpoczynające się zawsze w palcach ręki prawej, przechodzące następnie na przedramię, ramię i twarz. W ręce pozostaje po takich napadach osłabienie siły mięśniowej; zauważyć należy, że u tej chorej brak wszelkich objawów macinnicy. Zaniki mięśni sa następstwem zmian komórek w rogach przednich; rozpoczęły się one przed laty ośmiu, postępują bardzo powoli i ograniczają się głównie do mięśni małych obu rąk i przedramion. Zmiany komórek w obu rogach przednich w przebiegu kiły spostrzegał Dejerine, Jarisz, Lanny, Oppenheim, Alzheimer i inni. Objaw Robertsona, tak często napotykany przy wiądzie rdzenia, porażeniu postępowem, kile, znajduje się i w naszym przypadku. Przy syringomyelii jedynie Brutton wspomina o zwężeniu źrenic. Częściej przy syringomyelii napotykamy źrenice nierówne, słabo oddziaływające na światło, przyczem w przypadkach syringomyelii, zestawionych przez Stefana Dimitroffa[1]), najczęściej zdarzało się rozszerzenie prawej źrenicy. W przypadkach Eisenlohra, Jollyego[2]), Karga[3]), w których występuje objaw Robertsona, towarzyszył syringomyelii wiąd rdzenia.

W naszym przypadku możemy dla braku wszelkich objawów wykluczyć porażenie postępujące. W wiądzie części szyjnej rdzenia (*tabes cervicalis*) mamy zwyczajnie upośledzenie czucia dotyku, niezborność ruchów w kończynach górnych, wcześnie pojawiające się bolesne kurcze żołądka (*crises gastriques*), rwące bóle w kończynach górnych, przytem odruchy w kończynach górnych najczęściej bywają zniesione; jest to choroba tak rzadka, że na 106 przypadków wiądu zwyczajnego widział Dejerine 1 przypadek wiądu szyjnego (*tab. cervicalis*). W naszym przypadku był brak niezborności i bolesnych kurczów żołądka (*crises gastriques*), odruchy były zwiększone, czucie dotykowe utrzymane. Cały stan chorobowy ograniczał się do kończyn górnych, postępował bardzo powoli.

Ze strony nerwów mózgowych żadnych zmian nie stwierdzono. Pozostaje zatem kiła i syringomyelia. Objaw Robertsona, padaczka Jacksona, bóle głowy, przeczulica przemawiają za kiłą. Wprawdzie chora zaprzecza, żeby kiłę prze-

[1]) Fr. Müller u. Meder. Zur Kenntnis der Syringomyelie. (*Zeitschrift für klin. Medicin.* Bd. 28).

[1]) Stef. Dimitroff. Ueber Syringomyelie. (*Archiv für Psych. et Neurolog.* Bd. 29).

[2]) Ueber trophische Störungen bei Rückenmarkskrankheiten. (*Archiv für Psych.* Bd. 22).

[3]) Karg. Syringomyelie mit Gelenkr. (*Langenbeck Archiv* Bd. 61).

była, lecz objawy mózgowo-rdzeniowe, zmiany powoli postępujące, zatrudnienie chorej (*publica*), skutek leczenia: wszystko wskazuje na to, że mamy do czynienia z przypadkiem kiły. Zaniki mięśni, podwyższenie odruchów ścięgnistych, dysocyacya czucia, dają podstawę do rozpoznania syringomyelii. Poprzednio zebrane piśmiennictwo wskazało na związek pomiędzy kiłą a syringomyelią. Sądzę, że w naszym przypadku mamy do czynienia z kiłą, która czy to drogą krążenia, czy drogą przewlekłego zapalenia opon rdzeniowych wywołała zmiany w sznurach Golla i rogach przednich. Możliwe jest, że przyszło do rozpadu tkanki nerwowej i wytworzenia jam w rdzeniu.

II. Z zakładu fizyologicznego Prof. Dra Becka we Lwowie.

O wydzielaniu i składzie śliny gruczołu przyusznego (parotis) pod wpływem rozmaitych czynników.

Podał

Dr. A. Gońka.

Badacze, którzy dotąd zajmowali się sprawą wydzielania się śliny, tak w stanie prawidłowym, jak patologicznym, tak dobrze pod wpływem drażnienia bezpośredniego odpowiednich ośrodków nerwowych, jakoteż pod wpływem drażnienia nerwów obwodowych, a więc wydzielania drogą odruchową, zwracali się przedewszystkiem, z pewnem upodobaniem, do gruczołów podszczękowych, a nie przyusznych. To też liczba prac, odnoszących się właśnie do tych pierwszych, a opartych na doświadczeniach, wykonanych na psach, jest nieporównanie większa, a same badania o wiele ściślejsze i dokładniejsze. Pochodziło to prawdopodobnie z tej prostej przyczyny, że ilość śliny, którą otrzymywać można z przewodów gruczołów podszczękowych, jest znacznie większa, a przez to badanie jej pod względem ilości i składu chemicznego może być łatwiejsze i dokładniejsze.

Pomimo atoli prac klasycznych Ludwiga, Heidenhaina, Witticha, Eckharda, Pawłowa itp.[1]), sprawa nie jest jeszcze wszechstronnie wyświetlona. Do ostatnich bowiem czasów brakowało badań, któreby wyjaśniły, jaka zachodzi zależność między drażnieniem poszczególnych nerwów obwodowych, zwłaszcza nerwów jamy ustnej, a wydzielaniem śliny na drodze odruchu, jakim zmianom ulega wtedy ślina pod względem zawartości składników organicznych i nieorganicznych. W ostatnich dopiero czasach, dzięki wyczerpującej pracy Becka[2]), wiadomości nasze w tym kierunku stały się obfitsze i ugruntowane na systematycznych doświadczeniach. Atoli prace wzmiankowanych autorów obejmują tylko gruczoły podszczękowe, — co się zaś tyczy gruczołów przyusznych, badania systematyczne w tym zakresie są skąpe, a wyniki ich nieraz sprzeczne. Że tak jest, dość powiedzieć, że gdy np. Rahn[3]) stwierdził u królików wpływ drażnienia nerwu językowo-gardłowego (*nerv. glossopharyng.*) na gruczoł przyuszny, a wykluczał działanie drażnienia gałęzi językowej nerwu trójdzielnego, Eckhard[4]) i tej gałęzi przypisuje właściwość oddziaływania na gruczoł przyuszny. Cl. Bernard[5]) przypisuje ruchom żucia wzmożenie wydzielania z tego gruczołu, a prócz tego twierdzi, że uczucia smakowe pobudzają do czynności gruczoł podszczękowy. W badaniach więc w tym kierunku jest pewna luka, i lukę tę, zachęcony przez prof. Becka, postanowiłem pracą niniejszą wypełnić. Ponadto bodźcem do mych badań były względy nietylko teoretyczne, ale i praktyczne.

Polem, na którem pracuje dentysta, jest jama ustna; wszystkie operacye, tam wykonywane, przedewszystkiem zaś niekrwawe, dokonywują się z konieczności wśród pewnych podrażnień błony śluzowej ust i te właśnie podrażnienia w drodze odruchu spowodowują obfitsze wydzielanie śliny, zalewającej ustawicznie (jak np. przy plombowaniu) pole operacyjne. Że zaś dostęp śliny do zębów, mających się plombować, ze względu na materyał, który do plombowania ma być użyty (z wyjątkiem cyny i niezlepnego złota), jest zawsze wielce niepożądany, więc też w pierwszym rzędzie chciałem zbadać, jak się ma rzecz z odruchowem wydzielaniem śliny z gruczołu przyusznego, gdyż badania co do gruczołów podszczękowych, są, jak wspomniałem, ustalone; przedewszystkiem zaś, jakie i jak silne podrażnienia błony śluzowej ust (pyska) są w stanie to wydzielanie wywołać, przyspieszyć i w jakim stopniu, jaka zachodzi w tym kierunku różnica między nerwami czuciowymi np. a smakowymi, nietylko gdy szukamy w chwili drażnienia efektu na gruczoł przyuszny, ale gdy obserwujemy równocześnie także i gruczoł podszczękowy?

Dalszym faktem, o którego wyjaśnienie mi szło, było pytanie, czy podrażnienie, wywoływane w jamie ustnej po jednej tylko stronie, wywołuje wzmożoną czynność gruczołu tylko po tej samej stronie, czy też przenosi się także i na stronę przeciwną i to w tym samym, czy też zmniejszonym stopniu, względnie, czy skutek drażnienia nie objawia się może po stronie przeciwnej?

Pośrednio z tem wiązało się pytanie, jak wpływają podrażnienia obwodowe, dokonywane na pniach nerwów rdzeniowych? W tym celu poddawano drażnieniu nerwy siedzeniowy (*ischiadicus*) i udowy (*cruralis*). Badania te, już tylko, że tak powiem, dodatkowe, były wykorzystaniem tej okoliczności, że doświadczenia robiłem na psach tak samo, jak okolicznościowo badałem wpływ na wydzielanie z gruczołu przyusznego, tak zwanych przez Heidenhaina środków limfopędnych, o czem później nieco obszerniej pomówię. Chęć włączenia jeszcze innych pytań wyłoniła się w ciągu samej pracy; osią atoli, około której przedewszystkiem moje badania się obracały, było pytanie pierwsze, jako najwięcej mnie ze względów praktyczno-dentystycznych obchodzące.

Z dentystycznego punktu widzenia, ślinę, otrzymywaną w czasie moich doświadczeń, zużytkowałem ponadto w ten sposób, że odpowiednią analizą starałem się oznaczyć każdorazowo, ile odsetkowo ślina ta zawiera w sobie części stałych i to mianowicie części organicznych i nieorganicznych. Badania te przeprowadzałem także ze szczególniejszą uwagą wtedy, gdy równocześnie zbierałem ślinę z przewodu Stenona

[1]) Physiologie der Absonderungsvorgänge von prof. Dr. R. Heidenhain in Breslau.

[2]) A. Beck: Badania nad unerwieniem gruczołów ślinowych. Kraków 1898.

[3]) C. Rahn: *Zeitschrift f. rat. Med.* I. S. 285. 1851.

[4]) C. Eckhard: Experimentalphysiologie des Nervensystems. S. 185. Giessen 1866.

[5]) Cl. Bernard: Leçons de physiologie experimentale. II. p. 45. 1856.

i Warthona do osobnych tyglów, a mianowicie dlatego, gdyż analiz takich śliny, pochodzącej z gruczołu przyusznego, na ogół jest bardzo mało; ponadto szło mi jeszcze o inną i to znacznie ważniejszą sprawę.

Miller[6]) badając warunki w jakich powstaje próchnica zębów, mówi, że organiczne i nieorganiczne substancye, znajdujące się w jamie ustnej, a służące jako pożywka dla próchnicotwórczych bakteryj, są następujące: 1) ślina prawidłowa; 2) śluz jamy ustnej; 3) komórki odpadłego przybłonka; 4) tkanka zęba, rozmiękła przez kwasy; 5) odsłonięta miazga zęba; 6) wypocina dziąseł, drażnionych złogami kamienia; 7) wreszcie zwierzęce i roślinne pokarmy, do ust jako jedzenie wprowadzane. Że rozmiękła działaniem kwasów, odwapniona tkanina zęba, odsłonięta miazga spróchniałego zęba, jako stałe pożywki dla bakteryj najważniejsze mają znaczenie, to nie ulega najmniejszej wątpliwości; ale pożywka ta stwarza się dopiero wtedy, gdy próchnica już znacznie postąpiła. Inne rodzaje wzmiankowanych pożywek, przy należycie utrzymywanej czystości, dają się mniej więcej usunąć, ślina napływa atoli ciągle. Nasuwa się więc przypuszczenie, że właśnie ta wydzielina i to w stanie świeżym, z całą zawartością części organicznych, może odgrywać rolę najdogodniejszej, bo nieprzypadkowej, pożywki dla bakteryj. Miller[7]) wprawdzie twierdzi, że czysta ślina jest tylko obojętną pożywką dla bakteryj, bo zawiera tylko 0·15% organicznych substancyj, podczas gdy z doświadczenia wiadomo, że dobra płynna pożywka dla bakteryj zawierać powinna znacznie wyższy odsetek organicznych substancyj. To twierdzenie Millera, to odmawianie ślinie wartości dobrej pożywki wydaje mi się być nieuzasadnione. Przedewszystkiem znakomity ten zresztą badacz nie podaje, czy taką zawartość części organicznych ma ślina zmięszana (z obu gruczołów), czy też tylko z jednego z nich. Z natury rzeczy takiej przewyżki w częściach organicznych spodziewać się należało z gruczołu przysznego, jako surowiczego (wydzielającego białko). Wydawało mi się więc rzeczą niemałej wagi wykazać, czy ślina z któregokolwiek bądź z tych gruczołów jest rzeczywiście tak ubogą w części organiczne, że w warunkach prawidłowych niemożna jej uważać za dostateczną pożywkę dla bakteryj, czy też rzecz się ma odwrotnie. Z tym programem pytań zabrałem się do mych doświadczeń. Pierwotnym zamiarem moim było przeprowadzić te doświadczenia na ludziach; one jedynie oczywiście byłyby miarodajnemi i najściślej odpowiadającemi celowi. Najlepsze moje atoli chęci rozbiły się na razie o trudność dostania takich ludzi, na którychby doświadczenia zamierzone przeprowadzić było można. Żadna przynęta pieniężna nie była w stanie przełamać uprzedzenia, że zbieranie śliny nabawić ich może urojonych chorób. Pierwsze zresztą próby wprowadzenia kaniuli do ujść przewodów Stenona były zazwyczaj wystarczające, by ich od powtórnego zjawienia się odstraszyć. Z konieczności więc poprzestać musiałem na przeprowadzeniu całego szeregu doświadczeń na psach. Oczywiście wiedziałem z góry, że niepodobna wyników, otrzymanych na zwierzętach, odnosić i do ludzi; co najwyżej przewidywać było można tylko pewną analogię i doświadczenia te uważać przedewszystkiem za nadające kierunek, gdy takie same doświadczenia robić będę na ludziach, co w najbliższej przyszłości uskutecznić nieomieszkam. Miało to zresztą i tę dogodną stronę, że na zwierzętach tylko pokusić się mogłem o rozwiązanie owych dodatkowych, a wyżej wzmiankowanych pytań, jaki wpływ wywiera drażnienie nerwu siedzeniowego, udowego, działanie środków limfopędnych, nadnerczyny itd. Opis samych doświadczeń zbyć mogę bardzo krótko. Za wzór do nich posłużyła mi przytoczona praca prof. Becka. Każdemu psu robiłem tracheotomię, wprowadzałem w przeciętą tchawicę kaniulę szklaną, łącząc ją z przyrządem do sztucznego oddechania; w odpreparowaną żyłę wprowadzono taką ilość kurary, dopóki zwierzę nie było zupełnie bezwładne. Na szczegół ten kładę większy nacisk, by niemal zaraz na wstępie zwrócić uwagę, że posłuży mi to do wyjaśnienia pewnego punktu spornego, dotyczącego działania kurary na gruczoły ślinowe.

Odpreparowywałem następnie od strony wewnętrznej oba przewody Stenona, wprowadzałem w nie cienkie szklane kaniulki, które następnie łączyłem za pośrednictwem rurek gumowych z grubszemi już kaniulkami szklanemi i pod te ostatnie podstawiałem porcelanowe tygielki, dokładnie przedtem oczywiście odważone. Krople spadającej śliny notowałem na walcu kymografionu dwoma elektrycznymi sygnałami (dla prawego i lewego przewodu), pod którymi znajdował się jeszcze trzeci, znaczący sekundowe odstępy czasu. Oba sygnały, zapisujące kroplami wydzielającą się ślinę, włączone były w osobne koło prądu stałego i zaopatrzone kluczami przerywającymi. Zapomocą ich osobni pomocnicy znaczyli na walcu kymografionu spadające z obu przewodów krople śliny, trzeci pomocnik na tymże samym walcu zaznaczał moment, w którym rozpoczynało się i kończyło drażnienie, a w szczególności, jaki był tegoż rodzaj. W ten sposób na walcu kymografionu notowałem nietylko ilość kropel, spadających w pewnym oznaczonym przeciągu czasu, ale uwidoczniałem, czy to spadanie zaraz, po podrażnieniu odbywa się w tem samem, czy w przyspieszonem tempie, inaczej mówiąc, notowałem, czy podrażnienie przyspiesza wydzielanie, czy nie.

Pierwszem spostrzeżeniem, jakie się w uderzający sposób samo niemal rzucało przed oczy, było wręcz odmienne oddziaływanie kurary na wydzielniczą czynność ślinianek przyusznych, niż, jak to opisują badacze, którzy robili doświadczenia na śliniankach podszczękowych. Podczas gdy bowiem Pawłow[8]), a później Beck[9]), z całą stanowczością utrzymują, że kurara przyspiesza wydzielanie śliny z gruczołów podszczękowych, ja na podstawie doświadczeń doszedłem do odmiennych wyników. Co prawda, Buff[10]) kwestyonuje spostrzeżenia Pawłowa, twierdząc, że przyspieszone wydzielanie po kurarze trzeba kłaść nie na karb działania samej trucizny, ale że zjawisko to występuje jako następstwo niezupełnego jeszcze zatrucia, gdy zwierzę samo jeszcze oddycha, skutkiem czego przy silniejszem podrażnieniu wykonuje ono gwałtowniejsze ruchy, powodujące czynność wydzielniczą.

Na wstępie podkreśliłem tę okoliczność, że właściwego doświadczenia nie rozpoczynałem tak długo, jak długo zaku-

[6]) W. D. Miller: Die Mikroorganismen der Mundhöhle. Leipzig, 1889.

[7]) l. c. str. 39.

[8]) Über die reflectorische Hemmung der Speichelabsonderung. Arch. f. d. ges. Physiologie XVI str. 272. 1878.

[9]) l. c. str. 6.

[10]) Buff. Revision der Lehre von der reflectorischen Speichelsecretion. Inaugural. Dissert. Giessen 1887.

raryzowanie nie było zupełne. Dość powiedzieć, że prawie zawsze dla udogodnienia zabiegów zwalniano z pęt głowę zwierzęcia, rozwiązywano pysk, a mimo to ślinienie było obfite, ale tylko z gruczołów podszczękowych. Twierdzenia więc Buffa na podstawie moich spostrzeżeń podzielać nie mogę, ale tylko o tyle, o ile idzie o inne gruczoły ślinne. Ślinienie, powtarzam, rzeczywiście zaraz po wstrzyknięciu kurary występowało, lecz tylko z gruczołów podszczękowych; przyuszne na tę podnietę zachowywały się zupełnie odpornie. Podczas gdy z pyska ciekły nieraz strumienie ciągnącej się śliny, raz tylko jeden zauważyłem, że równocześnie zaczęły się bez użycia pilokarpiny wypełniać śliną kaniulki, wprowadzone do obu odpreparowanych przewodów. Przy pierwszych doświadczeniach byłem tem tak zakłopotany, że podejrzywałem, czy przypadkowo nie nastąpiło tu skręcenie przewodów lub przypadkowe zatkanie ich. Atoli dokładniejsze badanie, polegające na ostrożnem przesondowaniu, przekonało mnie, że podejrzenia były nieuzasadnione. Że zaś zjawisko to powtarzało się systematycznie przy wszystkich następnych doświadczeniach, musiałem nabrać przekonania, że jednak kurara rzeczywiście na czynność wydzielniczą gruczołów przyusznych całkiem niewpływa. Nie kusząc się o wytłómaczenie tego objawu, dodam, że chcąc gruczoły zmusić niejako do wydzielania, trzeba było uciekać się koniecznie do wstrzykiwania pilokarpiny, która dopiero sprowadzała pożądany skutek. Z nastaniem jego zaczynałem w tej chwili sygnałami zapisywać spadające krople, obserwując z miejsca, czy dzieje się to jednomiernie z obu gruczołów. Przestrzeganie tego szczegółu okazało się o tyle koniecznem, że już nieraz przed rozpoczęciem jednostronnego drażnienia zaznaczało się odmienne zachowanie się obu gruczołów tak, iż nieraz przez przeciąg całego doświadczenia jeden gruczoł stale wydzielał bez podniety energiczniej, niż drugi, i prawie nigdy nie zdarzało się, by pomiędzy nimi nastąpiło po pewnym okresie czasu wyrównanie.

Różnicę w tej energii wydzielania na ogół wykazywała waga śliny, zebranej z jednego i drugiego gruczołu.

Przeczekawszy pierwsze działanie pilokarpiny, dopiero z chwilą, że tak powiem, względnego uspokojenia się gruczołów, zaczynałem właściwe doświadczenie, tj. drażnienie. Bodźców używałem rozmaitych: mechanicznie drażniono: nozdrza (sondą), język, błonę śluzową policzków, miękie i twarde podniebienie (szczypaniem pincetą), do tej kategoryi zaliczyć też trzeba ruchy żuchwy. Chemikaliami, jak kwas solny, cukier, eter, wdmuchując lub wprost stosując, drażniłem nozdrza lub różne miejsca błony śluzowej pyska. Prądem indukcyjnym (znacząc zawsze odległość cewek) drażniono nerwy: językowy, kulszowy i udowy, — nadto ujście zewnętrzne nozdrzy i różne części błony śluzowej, niemniej język w kilku okolicach. Niepotrzebuję chyba dodawać, że między jednem a drugiem podrażnieniem robiono przerwę odpowiedniej długości, zależną od skutku danego podrażnienia i czasu trwania tegoż, dopóki gruczoł nie przyszedł do równowagi. Ponadto stosowałem drażnienie ogólne, a mianowicie: z limfopędnych używałem fizyologiczny rozczyn soli kuchennej, rozczyn cukru gronowego, wreszcie pepton.

Dodawszy do tego wprowadzania w żyłę nadnerczyny i stosowanie kilkakrotne duszenia zwierzęcia w ten sposób, że zatrzymywałem sztuczne oddechanie, omówię prawie wszystkie sposoby drażnienia, jakie w moich doświadczeniach wykonywałem. Ten ostatni sposób drażnienia stosowałem dlatego, by się przekonać, o ile teorya Jaenickego[11]), stwierdzona właśnie na gruczołach przyusznych, jest słuszną. Autor ten bowiem opierając się na spostrzeżeniach Luchsingera, że w czasie duszności *(dyspnoe)* pobudliwość gruczołów ślinowych do wydzielania znacznie się wzmaga, usiłuje objaw ten tak wytłómaczyć, że jest on tylko skutkiem większego nagromadzenia się bezwodnika kwasu węglowego we krwi i zatrucia nim.

Ponadto wspomnieć jeszcze muszę, że badałem wpływ wprowadzenia do ustroju kofeiny na wydzielinę gruczołów przyusznych.

Próby z wprowadzaniem tych substancyj do obiegu krwi wplatałem częściowo między różne sposoby drażnienia, w czasie jednego i tego samego doświadczenia; niektórym zaś środkom, jak limfopędnym, poświęcałem osobne doświadczenia kontrolne. (C. d. n.)

III. O KLIMACIE.

Ustęp z wykładów o balneoterapii, wygłaszanych w półroczu zimowem r. szk. 1899/1900.

Podał
Dr Ludomił Korczyński
Docent medycyny wewnętrznej w Uniw. Jag.

Posługując się wyrażeniem „klimat“, nie określamy niem pojedyńczego pojęcia; w myśli przesuwa się nam cały szereg pojęć, które, kojarząc się i dopełniając nawzajem, tworzą obraz całkowity, dają wyobrażenie o tem, co zbiorowo zowiemy mianem klimatu lub podniebia. Nazwa podniebie bardziej jest zrozumiała. Staje w niem na myśli pojęcie powietrza, ziemi i wody ze wszystkiemi wspólnemi i odrębnemi cechami, właściwościami i zjawiskami, które pewnym okolicom, lub pewnym miejscowościom nadają fizyograficzne piętno, a które, biorąc rzecz ze stanowiska lekarskiego na sprawy życiowe, przedewszystkiem ustroju ludzkiego, mniejszy lub większy, ogólny lub bardziej ograniczony, wpływ wywierać mogą.

Poznaniem wszystkich tych szczegółów zajmuje się klimatologia, wyzyskuje je w celach leczniczych klimatoterapia.

Bezpośrednio ze słów powyższych wynika, że chcąc wyrobić sobie jasne pojęcie o klimacie, należy poznać nietylko wszystkie czynniki, które się nań składają, lecz i ogólne prawa, którym czynniki te podlegają; ocenić wzajemny ich stosunek do siebie i wzajemny wpływ na siebie, a wreszcie zaznajomić się z wpływem ich na ustrój.

Środowiskiem właściwem życia jest powietrznia — atmosfera — więc też i właściwościami powietrzni najwcześniej zajmować się zaczęto i najwięcej poświęcano im uwagi. A właściwości jej są: 1. skład powietrza, 2. ciepłota powietrza, 3. prężność czyli ciśnienie atmosferyczne, 4. zawartość pary wodnej w powietrzu czyli wilgotność, 5. przejrzystość powietrzni względnie jej zachmurzenie, 6. zawartość skroplonej pary wodnej i zależne od tego opady atmosferyczne, 7. prądy powietrzne czyli wiatry, 8 elektryczność powietrza.

Skład powietrza. Badanie składu powietrza — aerologia — jest przedmiotem ważnym, zajmującym i bardzo obszernym. W szczegóły tych badań nie może wchodzić klimatologia. Uwzględnia ona to tylko, co bezpośrednie dla niej ma znaczenie.

Ze stanowiska klimatycznego, na dalszym planie higienicznego, ważnym jest przy ocenianiu zdatności klimato-

[11]) Adolf Jaenicke: Untersuchungen über die Secretion der glandula parotis. (*Arch. f. d. gesammte Physiologie*, tom 17, str. 183).

terapeutycznej pewnego miejsca nie tyle sam stosunek gazów, tworzących mięszaninę powietrza, bo ten w przyrodzonych warunkach, które jedynie brać należy pod uwagę, nie jest o tyle zmienny, aby w lecznictwie ważniejszą mógł odgrywać rolę, ile ważnem jest poznanie domieszek, obcych właściwie powietrzu jako takiemu, a jednak znajdujących się w niem prawie z reguły.

Jako składniki istotne powietrza, pomijając niedawno odkryte o nieznanem znaczeniu, uważamy tlen, azot, kwas węglowy i parę wodną; z domieszek gazowych zawiera powietrze ozon, nadtlenek wodu, amoniak, kwas azotowy, wyjątkowo siarkowodór i rozmaite związki lotne węgla; jako domieszki stałe znajdują się w powietrzu drobniuchne cząstki pyłu, składającego się z ciał nieorganicznych, organicznych i uorganizowanych drobnoustrojów.

Ilość tlenu, zawartego w powietrzu, waha się w granicach bardzo tylko nieznacznych; jako średnią przyjąć można w 100 częściach objętości 20·96%, biorąc naturalnie pod uwagę powietrze z miejsc otwartych i przewiewnych. W przestrzeni zamkniętej, w źle odwietrzanych mieszkaniach, w przepełnionych salach, w sąsiedztwie kanałów i wszelkich zbiorników nieczystości, ilość tlenu spadać może poniżej 20%. Wśród niezamieszkałych i bardzo korzystnie położonych obszarów podnosi się ta ilość bardzo tylko nieznacznie, dochodząc do 21%.

Znaczenie tlenu dla życia tak ogólnie jest znane, że zbytecznemby było podnosić je tutaj. Ilość jego jest we wszystkich zwykłych warunkach zawsze wystarczająca. W powietrzu, które nazywamy nieczystem, względnie zepsutem, zależy wpływ szkodliwy, wywierany na ustrój, nie od ubytku tlenu, ale od obecności trujących gazów. Wyjątek stanowi powietrze bardzo rozrzedzone, a więc zawierające w tej samej objętości mniej drobin tlenu. Do pewnych granic znosi ustrój prawie obojętnie ten niedobór, zastosowuje się łatwo do niego; gdy wszakże ubytek stanie się znaczny, lub gdy zmiana w zawartości tlenu zbyt szybko nastaje, zjawiają się objawy chorobliwe, które trafnie nazwaćby można objawami głodu tlenowego.

Znaczenie azotu, który znajduje się w średniej ilości 79%, jest dla życia zupełnie prawie nieznane; i dziś jeszcze, jak dawniej, sądzimy, że służy on poniekąd do rozcieńczenia tlenu.

Zawartość kwasu węglowego w powietrzu jest wogóle nieznaczna, wynosi średnio około 0·04% w 100 częściach objętości i waha się w granicach setnych części liczb. Ilości większe znajdują się w tych wszystkich warunkach, w których, jak wyżej poznaliśmy, spada ilość tlenu, a więc w dusznych i przepełnionych mieszkaniach, w źle odwietrzanych salach i t. p. Uwzględniając warunki przyrodzone wiemy na pewno, że ilość CO_2 wzrasta w powietrzu chłodniejszem i o nizkiem parciu, oraz przy mgle, że jest większa w lecie, aniżeli w zimie, w nocy, aniżeli we dnie. Dawniejsze rozbiory wskazywały większą zawartość kwasu węglowego w powietrzu górskim, aniżeli w powietrzu równin, czemu przeczą nowsze oznaczenia. Powietrze morskie uboższe jest w bezwodnik kwasu węglowego. Ilość CO_2 w powietrzu leśnem nie różni się według dotychczasowych nielicznych badań od ilości, znajdowanej w otwartem polu.

Granice wahań są, jak to już nadmieniliśmy, wcale nieznaczne; jako ilości najniższe otrzymywano w przestrzeni otwartej 0·0225%, jako najwyższe 0·072%; w dusznych mieszkaniach lub przepełnionych salach dochodzić może wyjątkowo ilość CO_2 do 0·2%. Ale nawet i tak znaczne nagromadzenie kwasu węglowego w powietrzu nie wywiera samo przez się wpływu szkodliwego na ustrój ludzki. Świadczą o tem wdechiwania rozpylonych wód gazowych w salach inhalacyjnych, w których znajduje się 1 do 3 % CO_2. Tem mniej więc można mówić o wpływie kwasu węglowego, zawartego w powietrzu stacyi klimatycznych.

Bardzo przesadne są zdania o ozonie, odkrytym przez Schönbeina, a określonym jako związek trójatomowy tlenu O_3. Gaz ten posiada niewątpliwie w wyższym stopniu niżeli tlen zdolność utleniania, ale żadną miarą przypuści nie można, aby te ilości ozonu, które znajdują się w powietrzu mogły znaczniejszy, a uchwytny wpływ wywierać. Ilości te są w ogóle zmienne, ale zawsze sięgają na wagę zaledwo miligramów w 1 mtr³. Ozon tworzy się wśród burz elektrycznych, przy parowaniu wody i ztąd powietrze jest w weń zamożniejsze po nawałnicach i po obfitszych deszczach. Zresztą większe ilości ozonu okazuje powietrze morskie, górskie i leśne. Małą natomiast ilością odznacza się powietrze szczupłych mieszkań, gęściej zaludnionych dzielnic miejskich, miejsc ustępowych, kanałów i t. d.

O wiele skąpsze są wiadomości nasze o nadtlenku wodu H_2O_2 i to tak, że o znaczeniu jego, jako czynnika klimatycznego, wprost mówić jeszcze nie można.

Inne związki lotne powietrza, jak amoniak, kwas azotowy, znajdują się w niem z zasady w tak małej ilości, że żadnego znaczenia przypisywać im nie można.

Zazwyczaj zupełnem milczeniem pomijamy zawartość wonnych lotnych substancyj, w które obfituje powietrze lasów szpilkowych i łąk. Napojone niemi powietrze działa, bądź co bądź, ożywczo i sprowadza miłe podniecenie. Określić naukowo sposób i skutek działania na razie nie podobna.

Pył, zawieszony w powietrzu, zasługuje na bardzo pilną uwagę już z tego względu, że mechanicznie, a nawet chemicznie, drażnić może błony śluzowe dróg oddechowych. Szkodliwość jego o tyle stawać się może większą, o ile zawiera drobnoustroje, zdolne zakazić ustrój ludzki.

Ilościowe i jakościowe badania pyłu wykazują, że znajdują się w nim drobinki nieorganiczne, pochodzące z ziemi rodzajnej, ze zwietrzałych skał, a dalej organiczne, jak pyłek kwiatowy, drobniuchne cząsteczki przyskórka i włosów, prątki i t. d. Ilość pyłu w powietrzu zależeć więc musi wprost od gromadzenia się na powierzchni ziemi leciuchnych cząsteczek, które za lada podmuchem wiatru wznoszą się w górę. Przy zupełnej ciszy część przynajmniej kurzu opada na ziemię; porywają go opady atmosferyczne, jak deszcz i śnieg. Zresztą zależy ilość pyłu od budowy geologicznej i od uprawy ziemi, od większego lub mniejszego ruchu na drogach, od kierunku wiatru. Jest więc mniejsza na górach i nad morzem, mniejsza na wsi, aniżeli w mieście; zależy do pewnego stopnia od kierunków i siły wiatrów, maleje po deszczu lub po śniegu, jest mniejsza w zimie, aniżeli w lecie. Wszystkie te względy mieć trzeba w pamięci przy wyborze i przy ocenianiu miejscowości, przeznaczonych na stacye lecznicze.

Ciepłota. Źródłem ciepła na ziemi, które ze stanowiska praktycznego jedynie obchodzić nas może, jest słońce i wysyłane przez nie promienie. Bezpośrednio zostawiają promienie słoneczne mało tylko ciepła w powietrzu; rozgrzewa się ono daleko więcej promieniami, odbitymi od ziemi i przez promieniowanie ciepła, pochłoniętego przez ziemię. Ilość ciepła, przyjęta bezpośrednio przez powietrze, zależy prawie wyłącznie tylko od zawartości pary wodnej, jest skutkiem tego większa w warstwach niższych, wilgotniejszych, mniejsza w wyższych, suchszych. Promienie słoneczne, które padają na ziemię, zostają w części odbite, w części pochłonięte. Dzieje się to w pewnym stopniu i stosunku i zależy od budowy geologicznej wierzchniej warstwy, od roślinności, a w niemałym stopniu także od wilgoci ziemi i od rozlanych na niej wód. Część ciepła, pochłoniętego oddaje powierzchnia ziemi, względnie wody — powietrzu, część przenosi się do warstw głębszych i ogrzewa je stopniowo.

Skoro więc słońce jest właściwem źródłem ciepła, to zupełnie naturalnym wydaje się wniosek, że ciepłota któregokolwiek punktu na ziemi zależeć powinna od położenia jego względem słońca i od kierunku zsyłanych promieni. Takby też było w istocie, gdyby ziemia była kulą o zupełnie gładkiej, jednolitej powierzchni. Wtedy możnaby było podzielić ją na pasy równoległe do równika i z całą matematyczną

ścisłością oznaczyć ciepłotę tych pasów. Tak jednak nie jest. Ziemia nie jest ani kulą, ani gładką, ani nie posiada jednolitej powierzchni. Dlatego też linie, łączące punkta na ziemi o równej średniej rocznej ciepłocie, zwane liniami izotermicznemi, nie biegną w kształcie kół o wspólnem ognisku, ale w postaci w wielu miejscach bądź ku równikowi, bądź też ku biegunom powyginanych, nieregularnych pierścieni. Podobną nieregularność dostrzegamy także, łącząc miejsca na ziemi, posiadające te samą zimową i tę samą letnią ciepłotę — izochimeny i izotery.

Dla klimatologii i klimatoterapii nie wystarcza bynajmniej poznanie średniej ciepłoty rocznej, zimowej i letniej danego miejsca. Znać należy ciepłotę miesięcy średnią, najwyższe i najniższe wzniesienia, znać wreszcie jej przebieg dobowy, względnie dobowe wahania, zwane „dzienną amplitudą“ danej miejscowości i to „amplitudą peryodyczną“, gdy porównujemy ciepłotę najniższą i najwyższą z ciepłotą średnią lub „amplitudą nieperyodyczną“, gdy porównujemy ze sobą średnie najwyższe i najniższe miesiąca.

Na średnią roczną ciepłotę pewnej miejscowości i na przebieg ciepłoty wogóle wpływa bardzo wiele czynników. Do najważniejszych należą: oddalenie od równika, położenie morskie lub lądowe, a tu sąsiedztwo wód lądowych, wzniesienie nad poziom morza, kierunek pasm górskich, przeważny kierunek wiatrów.

Miejscowości, leżące bliżej równika, posiadają ciepłotę wyższą, tak zw. podzwrotnikową; w miarę, im leżą dalej, maleje średnia roczna ciepłota. Okolice nadmorskie, względnie wyspy, mają średnią roczną ciepłotę wyższą, aniżeli miejscowości, leżące wśród lądu stałego, pod tym samym stopniem szerokości geograficznej. Na ciepłotę zachodniego pobrzeża Europy i wysp przyległych wpływa nadto i prąd ciepłej wody morskiej, dążący od okolic podzwrotnikowych ku północy. Równolegle z wznoszeniem się terenu nad poziom morza spada średnia roczna ciepłota, jak u nas o 1° C na dwieście kilkadziesiąt metrów wzniesienia n. p. m. Wielka obfitość wód lądowych, wielkich jezior lub stawów, obniża roczną ciepłotę. Góry, pokryte przez znaczną część roku śniegiem lub lodowcami, obniżają średnią roczną ciepłotę przyległych miejsc; oziębia powietrze prąd zimnego wiatru, wiejącego od szczytów górskich. Wpływ ten jest tem wybitniejszy, im mniej ogrzane są góry, a więc daje się uczuwać najbardziej miejscowościom, leżącym po stronie północnej pasm, zaledwo małe ma znaczenie dla strony południowej. Kierunek pasm o tyle jest ważny, że stawać może w drodze wiatrom zimnym lub ciepłym. W pierwszym razie wstrzymują góry zimny prąd powietrza i podnoszą średnią ciepłotę, w drugim wstrzymują ciepłe powiewy i sprowadzają obniżenie ciepłoty. Tak samo zaznacza się i wpływ wiatrów wogóle. Gdy w danej miejscowości przeważają wiatry, przynoszące ciepłe prądy, ciepłota staje się wyższą, gdy przeważają zimne, ciepłota się obniża.

Wszystkie powyższe czynniki wpływają wszakże nietylko na ciepłotę roczną; działają one także na przebieg jej miesięczny i dzienny. I tak bezpośrednie sąsiedztwo morza obniża ciepłotę w porze gorętszej roku i dnia, podnosi ją w porze zimniejszej. W górach niższa jest ciepłota wogóle, ale różnice między ciepłotą zimową i letnią bywają mniejsze, aniżeli w równinach, leżących pod tym samym stopniem szerokości geograficznej. Szeroko rozlane wody lądowe obniżają ciepłotę dzienną i letnią, w lecie podnoszą za to ciepłotę nocną; w zimie, gdy zamarzają, obniżają ciepłotę, gdy nie zamarzają, podnoszą ją.

Określanie wpływu ciepłoty na ustrój, jako czynnika odrębnego, nie jest uzasadnione ze stanowiska klimatoterapeutycznego. Z ciepłotą idą w parze wilgotność powietrza, wiatry, ich kierunek i siła i bardzo wiele innych zjawisk meteorologicznych. Ogólnie więc tylko powiedzieć można, że powietrze zimne działa jako bodziec podniecający w podobny sposób jak zimna woda, skrzepia i orzeźwia, podnosząc równocześnie czynność wszystkich niemal narządów. Tłómaczyć sobie w ten sposób można zwiększone wydzielanie kwasu węglowego w powietrzu zimnem, stwierdzone doświadczalnie najpierw przez Voita. Powietrze gorące sprowadza zwiotczenie tkanin, powoduje mniejszą energię w czynności narządów, a przytem większą wrażliwość zmysłową. Przy nadmiernie wysokiej ciepłocie i przy utrudnionem wydzielaniu ciepła przez ciało podnosić się może ciepłota ciała, a wtedy, jak to wykazały badania ks. Karola Teodora, zwiększa się proces spalania i rośnie ilość wydzielonego kwasu węglowego. Wpływ wysokiej ciepłoty o tyle jeszcze może być szkodliwy, że w danych warunkach łatwo i szybko psują się i rozkładają środki spożywcze, że korzystne powstawać mogą warunki dla rozwoju i rozmnażania się chorobotwórczych drobnoustrojów. Ciepłota umiarkowana działa na ustrój zdrowy w ten sposób, że nieznacznie tylko zmniejsza jego czynność. Objawia się to zmniejszeniem ilości przyjmowanych pokarmów, zwolnieniem przemiany pierwiastków i t. d. Osoby wątłe i chore czują się w ciepłocie umiarkowanej lepiej, aniżeli w powietrzu zimnem, nabierają łaknienia, większych sił i większej żywotności.

Ciepło powietrza nie jest jedynym skutkiem działania promieni słonecznych: przynoszą one światło i padając wprost na istoty żyjące, ludzi, zwierzęta czy rośliny, wybitny wywierają wpływ na ich życie, rozwój i czynności.

Białe światło słoneczne powstaje, jak to ogólnie wiadomo, ze zlania się barwnych promieni. Starano się więc rozdzielić te promienie i wpływ ich określać oddzielnie. Sądzono pierwotnie, że najwięcej światła przynoszą promienie pomarańczowe, żółte i zielone, najwięcej ciepła promienie czerwone, że najsilniejszy wpływ chemiczny wywierają promienie błękitne i fioletowe. Nowsze badania zdają się wskazywać błędność powyższych zapatrywań, doprowadzają do wniosku, że największą ilość zarówno ciepła, jak i światła, przynoszą promienie żółte.

W szczegóły doświadczeń, zajmujących się badaniem światła, wchodzić nie sposób. Z codziennego spostrzeżenia wiemy, że rośliny zwracają swe gałązki i listki ku światłu, że żywszą jest ich zieloność w świetle, bo więcej zawierają barwika, zieleni, że w ciemności żółkną, marnieją i giną. Podobnie zachowują się i ludzie. Światło słoneczne działa bardzo korzystnie na umysł i cały układ nerwowy, podnieca i podnosi sprawność; brak światła sprowadza przytępienie i gnuśność. W ciemności wytwarza się łatwo niedokrewność, zmniejsza się łaknienie, przychodzi do ogólnego osłabienia i zniechęcenia. Nie brak także i ścisłych doświadczeń na zwierzętach, wykonywanych przez Moleschotta, Pflügera, Quinckego i w. i., które wykazały dowodnie, że pod wpływem światła przyspiesza się u zwierząt przemiana pierwiastków, zwiększa ilość wydzielanego bezwodnika kwasu węglowego i azotu. Czerwone i fioletowe promienie wywierają niewątpliwie wpływ chemiczny; one to głównie sprowadzają zmiany zapalne na skórze, występujące pod wpływem promieni słonecznych, zwiększają gromadzenie się barwika w skórze.

Wielkie znaczenie ma światło słoneczne także dla życia bakteryj. Większość z nich źle się rozwija, a po pewnym, krótszym lub dłuższym czasie, nawet ginie i to nie tylko pod bezpośredniem działaniem promieni, ale także pod wpływem światła rozproszonego. Niema w tem więc żadnej przesady, jeśli światło słoneczne i promienie słoneczne uważamy za jeden z dzielnych środków odkażających i przeciwpasożytniczych.

Natężenie promieni słonecznych mierzymy za pomocą aktinometru Arago-Davyego. Jest to termometr poczerniony i zamknięty w próżni. Pomiary, wykonywane tym przyrządem, wykazują znaczne różnice w ciepłocie powietrza w cieniu, a w nasileniu bezpośredniem promieni słonecznych. Różnica ta rośnie w miarę zwiększania się wzniesienia nad poziom morza; w górach wysokich dochodzić może do kilkudziesięciu nawet stopni. Według pomiarów Prof. Ponikły, czynionych w Zakopanem, wynosiła różnica ciepłoty w cie-

niu a w słońcu 28° C (w cieniu 14° C, w słońcu 42° C). Różnice te większe są znacznie w zimie, gdy ciepłota w cieniu spada poniżej 0° C, w słońcu zaś wynosi 40° C i wyżej.

Mierzyć i w liczbach oznaczyć wpływ promieni słonecznych na istoty żyjące nie jest tak łatwo. To wszakże na podstawie bardzo pouczających doświadczeń Rubnera i Cramera, ogłoszonych w r. 1894, powiedzieć można, że dostarczają one ustrojowi bardzo znacznej ilości ciepła, że bardzo korzystnie wpływać muszą na sprawy życiowe w tych przypadkach, w których ustrój sam przez się nie ma dość sił, aby ciepło to w wystarczającej ilości wytwarzać. Pojąć w ten sposób można, dlaczego w wysoko położonych miejscowościach, zalanych potokami promieni słonecznych, mimo nizkiej ciepłoty powietrza w zimie, tak dobrze znosić można tę niską ciepłotę. (c. d. n.)

IV. Wyciągi.

Dr. F. Honigmann. **O niedrożności przewodu pokarmowego, wywołanej kamykiem żółciowym.** *(Ctrlb. f. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.* T. III, Z. 1, 2 i 3). Postać ta niedrożności przewodu pokarmowego, rzadka sama przez się, występuje najczęściej u kobiet między 50 a 60 r. ż. i wywołaną zostaje skutkiem uwięźnięcia jednego większego kamyka, odpowiadającego rozmiarami swymi jaju gołębiemu lub kurzemu, albo skutkiem kilku mniejszych. Stężyny te w regule przedostają się z dróg żółciowych do pokarmowych przez wytworzenie się sztucznej przetoki między tymi systemami. Courvoisier notuje trzy bardzo wyjątkowe zdarzenia, w których anatomicznie stwierdzić można było, że kamyk przedostał się przez przewód żółciowy wspólny. Najczęściej połączenie wytwarza się pomiędzy pęcherzykiem żółciowym, a dwunastnicą, rzadziej przebicie następuje do poprzecznicy, jeszcze rzadziej do żołądka, najrzadziej do którejkolwiek pętli jelita cienkiego. Również rzadkiemi, ale nie tak jak mniemano, bywają przetoki między przewodem żółciowym wspólnym, a dwunastnicą. Uwięźnięcie kamyka następuje najczęściej w dolnym odcinku jelita biodrowego i w okolicy zastawki Bauhiniego. Następnie, co do częstości, następują po sobie: dwunastnica, jelito czcze, środek jelita biodrowego, jelito grube i wreszcie w odpowiednim przypadku, odźwiernik. Uwięźnienie następuje skutkiem szczególniejszych czynników tak ze strony samego kamienia (rozmiary i kształt), jakoteż ze strony jelit, mianowicie: zwężenie światła kiszki, spowodowane nowotworem, blizną w ścianie, lub też ostre odgięcie czy załamanie osi jelita, spowodowane zrostami przemieszczeniem pętli do przepuklin i t. p. Nie bez wpływu jest też leniwy ruch robaczkowy i przewlekłe zaparcie żywota. Przyczem bynajmniej nie należy sobie przedstawiać, że ostatni czynnik wpływa na powiększenie się rozmiarów kamienia skutkiem odkładania się na powierzchni jego stężyn kałowych; dzieje się bowiem zwyczajnie przeciwnie. Kamień żółciowy wedle badań Quinckego i Hoppe-Seylera w jelicie rozpada się. W poszczególnych przypadkach trzeba sobie uwięźnięcie inaczej tłómaczyć. Np. König opisuje przypadek, w którym światło jelita uległo zamknięciu skutkiem tego, że kamień, który silnie opierał się o błonę śluzową, zstępując ku dołowi pociągał za sobą samą tylko błonę śluzową, powodując jej wgłobienie i w dalszym ciągu przez naciąganie, zwężenie (względne) światła jelita.

Odmiennie nieco tłómaczy rzecz Castner. Wyobraża on sobie, że w każdym przypadku powyżej kamienia zalega treść jelitowa, rozkłada się, przychodzi do nadmiernego tworzenia się gazów, co powoduje zbytnie rozdęcie ścian jelitowych powyżej tej przeszkody, a to zaś w dalszym ciągu sprawia, że część jelita, poniżej kamienia położona, zwęża się i, drożna przedtem, staje się nieprzezwyciężoną przeszkodą dla posuwającego się złogu. Leichtenstern, Helferich, Rehn mówią znów i piszą o ograniczonem zapaleniu otrzewnej, w miejscu, w którem kamień dłużej zalegał, to zaś ze swej strony wywołuje zapalenie, tzw. „ileus funkcyonalny“. Inny znów szereg autorów. jak Koerte, Israel, Naunyn, Kirmisson, Rochard, Schüle objaśniają tę postać niedrożności silnem obkurczeniem się jelita około kamienia. Za takiem tłómaczeniem przemawiają wrzody, spotykane na błonie śluzowej, w miejscu, w którem kamień uwiązł, a nawet uchyłki ścian jelitowych.

Objawy kliniczne są mało cechujące, ztąd i rozpoznanie pewne jest trudne. Z wywiadów dowiadujemy się niekiedy o przebytych jakoby objawach kolki żółciowej, lecz równie często napad niedrożności występuje niczem nie poprzedzony. Podobnież i wytwarzanie się przetoki między woreczkiem żółciowym, a którąś częścią przewodu pokarmowego, dziać się może zupełnie skrycie. Dość często jednak procesowi temu towarzyszą objawy, właściwe zapaleniu woreczka żółciowego, względnie miejscowe zapalenie otrzewnej. Najbardziej typowe są te przypadki, w których bezpośrednio po wspomnianych objawach zapalnych wystąpi „ileus“. Ten zaś różnie przedstawiać się może, odpowiednio do miejsca, w którem kamień się zatrzymał. Gdy uwięźnięcie nastąpiło w odźwierniku, na pierwszy plan wysuwają się wymioty, kiśnienie treści żołądkowej, bóle gwałtowne, zapadnięcie brzucha, zaparcie stolca, skąpe moczenie i t. p. Czasami w okolicy odźwiernika wyczuwać się udawało guz. Nie dziw tedy, że w rozpoznawaniu mylono się często i przed operacyą mniemano, że idzie o przypadek raka odźwiernika lub blizny po wrzodzie. Gdy się kamień zatrzymał w dwunastnicy, do powyższych objawów dołącza się bardzo cechujące wymiotowanie żółcią. W przeostrych przypadkach, prócz powyższych objawów, występuje zapad, w innych śpiączka, jak w moczówce cukrowej. Gdy kamień zatrzyma się niżej, bez względu na to, czy w jelicie cienkiem, czy też grubem, wystąpią objawy, cechujące niedrożność przewodu pokarmowego. A tylko w bardzo korzystnych warunkach i przy dokładnem postrzeganiu uda się z pewnem prawdopodobieństwem, a wyjątkowo z całą stanowczością, rozpoznać prawdziwą przyrodę cierpienia. Charakterystycznem ma być to, że obok innych objawów, znamionujących „ileus“, nawet w obec wymiotów kałowych, wiatry dość swobodnie odchodzą i ztąd wzdęcie bywa umiarkowane. Potem, w tej właśnie postaci niedrożności, dość często zdarza się, że objawy przemijają na jakiś czas, poczem znów wracają. Zależeć to może albo od wędrowania kamienia w jelicie, albo też od zastawkowego jego działania. W innych znów, również wyjątkowych przypadkach, wymacać się udaje opór guzowaty, ruchomy, przesuwać się dający, który przy odpowiednich wywiadach przyjąć można za kamyk żółciowy. A na ogół rzecz się tak ma, że nigdy z całą pewnością nie możemy rozpoznawać niedrożności jelit z zatkania ich światła przez kamień żółciowy.

Rokowanie nie najlepsze. Courvoisier liczy 56%. Usprawiedliwionem jest zatem w zupełności leczenie operacyjne. To jednakowoż przed r. 1891 (Schüller) dawało tylko 6·6% wyleczeń — obecnie stosunki polepszyły się nieco. Po r. 1891 na 34 operowanych umarło 16, co daje 52·9% wyleczeń. Tak małe liczby otrzymujemy tylko dzięki temu, że chirurgowi dostają się najgorsze przypadki, w których poprzednio przez dłuższy czas bez skutku stosowano leczenie wewnętrzne. Powinniśmy zatem przyjąć zasadę, że gdy po dwóch dobach (w przypadkach łagodnych!) leczenie, polegające na podawaniu wewnętrznie makowca, przepłókiwaniu żołądka i wysokich lewatywach nie sprowadzi wyleczenia, przystąpić należy do laparotomii, odszukania przeszkody w jelicie, podłużnego nacięcia jelita wydobycia kamienia i zaszycia ścianek jelita poprzecznie (Koerte). Wobec rozwijającej się chirurgii dróg żółciowych, możemy mówić nawet o zapobieganiu tej postaci niedrożności (Rehn) t. j. wydobywać kamyki żółciowe, póki one są jeszcze w pęcherzyku żółciowym. *Herman.*

Dr. St. Braun: **Przyczynek do nauki o ciąży zamacicznej.** *(Pamiętnik, wydany na jubileusz prof. E. Korczyńskiego).* Praca dr. Brauna jest obszerną monografią o ciąży zamacicznej, opracowaną pod względem anatomicznym i fizyologicznym. Autor opisuje przez siebie rozpoznane 4 przypadki i jako ciąża zamaciczna operowane. Na tej podstawie przychodzi do wniosku, iż w przypadkach oporów elastycznych, znajdowanych w sklepieniach obok macicy powiększonej więcej w kierunku długości niż głębokości, zasiniałej, przy innych objawach domyślnych ciąży i braku od kilku tygodni regularności można przypuścić istnienie ciąży zamacicznej, jeśli wykluczyć możemy nowotwór i sprawy zapalne. Jeśli wśród tych objawów wystąpią w 5—16 tygodniu od ostatniej regularności bóle, podobne do porodowych, a obok tego objawy zapadu, należy, po wykluczeniu poronienia śródmacicznego, rozpoznać przerwę ciąży zamacicznej. Z istnienia krwotoku zewnętrznego, a szczególnie z odchodzenia strzępów błony doczesnej, można czasami wnioskować o zniszczeniu jaja płodowego, a w każdym razie o ciąży zamacicznej. Autor jednak nie radzi sondować, ani skrobać macicy dla rozpoznania, albowiem przy pociąganiu macicy ku dołowi dla sondowania, wobec istniejącej ciąży zamacicznej, można sprowadzić pęknięcie jej i krwotok wewnętrzny. Ciąża zamaciczna częściej się zdarzała w przypadkach tych po stronie lewej, i zwykle ulega ona przerwaniu w pierwszych tygodniach drugiego miesiąca. Co do leczenia, to ciążę zamaciczną nie przerwaną należy usunąć operacyjnie; gdy zaś jest przerwaną, postępowanie jest różne, czasem nawet przy wczesnych okresach, gdy objawy krwotoku wewnętrznego nie powtarzają się, należy wyczekiwać, gdyż jajo takie może uledz wessaniu. W przypadkach silnych krwotoków powtarzających się, gdy krwistok ulega zropieniu, leczenie operacyjne jest konieczne. *Dr. Latkowski*

Dr. W. Dziewoński: **O wieloogniskowem występowaniu raków.** *(Pam. wydany na jubileusz prof. E. Korczyńskiego).* Wedle podziału Waltera autor zebrał przypadki z piśmiennictwa i materyału prof. Trzebitzkyego i opisuje je, dzieląc na: a) przypadki raków wieloogniskowych, powstałych przez przeszczepienie komórek rakowych; b) przypadki raków parzystych w równoimiennych narządach; c) przypadki raków wieloogniskowych pierwotnych 1) w tych samych i 2) w różnych narządach. *Dr. Latkowski.*

Dr. W. Dziewoński: **Przyczynek do techniki szwu nerwowego.** *(Pam. wydany na jubileusz prof. E. Korczyńskiego).* Z powodu ubytku nerwu, po wycięciu mięsaka nerwu strzałkowego lewego, wszyto odcinek obwodowy i dośrodkowy do głównego pnia nerwu kulszowego; w drugim zaś przypadku dośrodkowy koniec przeciętego nad obojczykiem splotu barkowego wszyto w pień nerwu łokciowego. W pierwszym przypadku w 10 miesięcy po operacyi chora okazuje objawy, które pozwalają twierdzić, iż odrodzenie nerwu nie nastąpiło, lecz chora chodzi sama wcale dobrze, a upośledzenie odżywienia kończyny uczuwa dopiero po dłuższem chodzeniu, jako osłabienie; upośledzenie zaś czucia na kończynie nie ma dla chorej znaczenia. Wynik więc operacyi trzeba nazwać pomyślnym. W drugim przypadku w 2 miesiące po operacyi znajdujemy kończynę lewą górną znacznie chudszą i bledszą, siłę jej znacznie słabszą, ruchy czynne i bierne w stawie karkowym upośledzone, w stawie łokciowym mniej, upośledzenie czucia dotyku i ciepłoty mierne w zakresie palca wielkiego i wskazującego, odczynu zwyrodnienia niema. Wobec upływu krótkiego czasu po operacyi i w tym przypadku uważa D. wynik za pomyślny. *Dr. Latkowski.*

Dr. A. Becker. **O niezwykłem zejściu ostrego zapalenia kości** (*Deutsche Ztschr. f. Chir.* T. 55 Z. 5 i 6). Ostre zapalenie kości przebiega czasami odmieńczo (antytypowo). Z tych rzadkich zejść najbardziej znane są postacie naśladujące aż do złudzenia mięsaki, wyrastające ze szpiku kości. Autor opisuje obecnie nierównie rzadszą postać. W obwodzie oddzielonego odsłoja korowego bujać zaczyna tkanka łączna, bliznowata, która w końcu wytwarza guz twardy, nieznacznie po kości przesuwalny; w centrum guza spotyka się odsłój, wokoło niego ziarnina rozpadła i wypocina. Jamka ta zwyczajnie za pośrednictwem ązkiego przewodu pozostaje w związku z kością, z której odsłój pochodzi. Autor opisuje trzy odpowiednie przypadki. W żadnym z nich rozpoznania dobrego przed operacyą nie postawiono. *Herman.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 2. maja 1900 r.

Przewodniczy w zastępstwie kol. prof. Wachholz.

1) Odczytano i przyjęto bez poprawki protokół z ostatniego posiedzenia.

2) Uchwalono odbywać w miesiącu maju posiedzenia Towarzystwa w każdą środę.

3) Kol. prof. Browicz wykłada o budowie naczyń włoskowatych krwionośnych śródzrazikowych i ich stosunku do komórek wątrobnych.

Prelegent zdaje sprawę z dalszego ciągu swoich mikroskopowych badań wątroby i podaje w kwestyi budowy sieci naczyń włoskowatych krwionośnych śródzrazikowych i ich stosunku do komórek wątrobnych następujące szczegóły:

1) Sieć naczyń włoskowatych krwionośnych wśród zrazików wątroby jest bardzo silnie rozwinięta, bardziej, aniżeli się to na pozór wydaje, mianowicie połączenia gałązki poprzeczne są bardzo liczne.

2) W preparatach, w których naczynia włoskowate krwionośne są, jak to w stanach chorobowych się spotyka, rozszerzone i z krwi wypróżnione, w preparatach barwionych metodą van Giesona, w których tkanka łączna, ściany naczyń krwionośnych włoskowatych i tak zwane linie graniczne między komórkami wątrobnemi barwią się fuksyną, widać smugi czerwone pomiędzy komórkami wątrobnemi, łączące poprzecznie po obu stronach jednoszeregowych pasm komórek wątrobnych leżące naczynia włoskowate krwionośne, w których smugach niekiedy widać jądra podłużne komórek. Niekiedy widać lejkowate zagłębienia naczyń krwionośnych, wsuwające się pomiędzy komórki wątrobne. Są to właśnie połączenia poprzeczne naczyń włoskowatych, które, gdy naczynia są próżne a ściany ich przylegają do siebie (nie wszystkie bowiem naczynia włoskowate tak w preparatach z udatnie sztucznie lub fizyologicznie nastrzykanych wątrób napełnione są masą injekcyjną lub krwią, tak iż część naczyń włoskowatych uchodzi uwaga), gdy cięcie nie przypada w wysokości jądra komórek ściennych naczyń włoskowatych, przedstawiają się wtedy jako smugi, podobnie jak przewody żółciowe międzykomórkowe. Nie wszystkie więc smugi, fuksyną barwiące się, pochodzą od przewodów żółciowych międzykomórkowych część ich są to próżne, zapadłe naczynia krwionośne włoskowate.

3) Sciany naczyń włoskowatych krwionośnych złożone są tylko z jednej warstwy, a zbudowane są z komórek oddzielnych, nie posiadają budowy syncytyalnej; pozornie zewnętrzna warstwa ścian naczyń włoskowatych, gdzieniegdzie widoczna, nie należy do naczynia — są to smugi różnej grubości włókien i pasm tkanki łącznej, które od tkanki łącznej międzyzrazikowej w głąb zrazików się wsuwają.

4) Komórki ścienne (które Kupffer nazwał gwiazdkowatemi) a prelegent śródnaczyniowemi, a które najwłaściwiej nazywać należy komórkami ściennemi) przedstawiają się częścią jako komórki płaskie, częścią jako grubsze, jakby napęczniałe, i sterczą wtedy do wnętrza naczynia, a brzeg ich wewnętrzny, zwrócony ku światłu naczynia, okazuje niekiedy cienkie, do światła naczynia sterczące wypustki. Ten zmienny, różny obraz zależy od tego, czy komórki w chwili, gdy tkanka do badania wziętą była, były czynne, czy też spoczywały. Wejrzenie, jakie komórki przedstawiają, zależy w ogólności od fazy, czynności lub spoczynku.

5) Komórki ścienne pochłaniają, wciągają krwinki czerwone lub także białe (patrz: »O śródnaczyniowych komórkach i t. d.«), a obecność krwinek czerwonych nader często w komórkach ściennych grubych, sterczących do światła naczynia, a których wejrzenie, zdaniem prelegenta, odpowiada fazie czynności komórki, świadczy o wciąganiu przez komórkę części składowych krwi.

6) W przypadkach żółtaczki różnego stopnia i trwania, tak u człowieka powstałej z różnych przyczyn, jakoteż wywołanej u psa wstrzykiwaniem poskórnem toluylendiaminu, w komórkach ściennych tak przylegających do komórek wątrobnych, jakoteż oddzielonych, w świetle naczynia leżących, co w stronach chorobowych wątroby w ogóle bardzo często się spotyka, a takie oddzielanie się całkowitych komórek przemawia przeciwko budowie syncytyalnej ściany naczynia włoskowatego (patrz: »O śródnaczyniowych komórkach w naczyniach włoskowatych krwionośnych w zrazikach wątroby«. *Rozprawy wyd. przyr. mat. Akad. Umiej.* t. 37, *Archiv. f. mikrosk. anatomie* t. 55 i *Gazeta lekarska* 1900) spotyka się złogi żółci zielone (materyał w formalinie stwardniany) w kształcie kul, pasm, smug rozgałęziających się i tworzących rodzaj siatki o ostrych obrysach.

7) Obrazy takie powstać mogą w dwojaki sposób. Komórki ścienne, które, jak to z obecności krwinek czerwonych wnosić trzeba, wsysają części składowe krwi, albo wciągają osocze krwi, do której, jak wiemy teraz na pewno (patrz: »O budowie przewodów żółciowych międzykomórkowych i ich stosunku do naczyń włoskowatych krwionośnych«, protokół z posiedzenia Tow. lek. z dnia 7 lutego 1900) dostaje się żółć w razie wytwarzania się nadmiaru żółci (*polycholia pigmentaria*) i przepełnienia przewodów żółciowych międzykomórkowych osocze, zawierające barwnik żółciowy, albo też w razie ścisłego związku między komórkami wątrobnemi, a komórkami ściennemi — żółć — wtłaczaną być by mogła w toku wydalania jej z komórki wątrobnej nieprawidłową drogą.

8) Obrazy te, zdaniem prelegenta, świadczą o istnieniu podobnej, jak w komórkach wątrobnych, sieci kanalików wśród komórek ściennych naczyń krwionośnych, a więc komórek innego gatunku, aniżeli komórki wątrobne (patrz także: »W sprawie pochodzenia melaniny w mięsakach barwnikowych,« *Rozprawy wyd. mat. przyr. Akad. Umiej.* t. 37).

9) Szczegół, iż na niektórych, w świetle naczyń leżących, odzielonych komórkach ściennych widać wysuwający się z komórki ściennej, jako dalszy ciąg złogu żółci pasmowatego śród komórki tkwiącego, wolno sterczący jakby odlew żółciowy kanalika, przemawiałby za tem, iż żółć wtłoczoną została od strony pasm komórek wątrobnych. Związek zaś pasm żółciowych w komórkach ściennych ze złogami żółci w przewodach żółciowych międzykomórkowych, jak też ze złogami żółci w komórkach wątrobnych, potwierdzałby to tłomaczenie — a w takim razie

10) przypuszczenie wypowiedziane przez prelegenta w r. 1896 („Jak i w jakiej postaci otrzymują komórki wątrobne hemoglobinę" *Rozprawy wyd. mat. przyr. Akad. Umiej.* t. 34), iż pomiędzy komórkami wątrobnemi, a naczyniami włoskowatemi krwionośnemi istnieje ścisły związek, zyskałoby nowy potwierdzający je szczegół, a tem samem

11) zyskuje poparcie zdania prelegenta, wypowiedziane w pracy o drogach odżywczych w komórce wątrobnej (protokół posiedzenia Tow. lek. z dnia 18 października 1899), iż w razie przepełnienia kanalików żółciowych śródkomórkowych może się żółć wśród komórki wątrobnej dostać do dróg dowozowych śródkomórkowych, a stamtąd do naczyń krwionośnych, do krwi.

12) Żółć dostawać się może do krwi, do naczyń krwionośnych włoskowatych, a stąd w obieg ogólny w dwojaki sposób: albo z przepełnionych przewodów żółciowych międzykomórkowych, które stykają się bezpośrednio, przynajmniej w pewnych miejscach, z naczyniami krwionośnemi włoskowatemi, na co prelegent zwrócił uwagę w pracy o budowie przewodów żółciowych międzykomórkowych i ich stosunku do naczyń krwionośnych, albo też z komórek wątrobnych, w których kanaliki śródkomórkowe żółcią są przepełnione, przez komórki ścienne naczyń włoskowatych krwionośnych.

13) Komórki ścienne naczyń włoskowatych krwionośnych śródzrazikowych (a może odnieść to można do naczyń włosowatych krwionośnych w ogólności) biorą czynny udział w przeprowadzaniu części składowych krwi w obręb komórek wątrobnych, mogą regulować fizyologiczną transudacyę ze krwi tak części postaciowych, jakoteż płynnych. Drogi, któremi substancye ze krwi przez komórkę ścienną naczynia się dostają, muszą więc z drogami dowozowemi, w komórce wątrobnej istniejącemi, być w pewnym, dotąd bliżej oznaczyć się nie dającym związku.

14) Kwestya naczyń limfatycznych wśród zrazików wątroby musi być na nowo zbadaną, gdyż w tej formie, jak je dotąd przyjmujemy, naczynia limfatyczne nie istnieją.

(Praca ogłoszona w całości w publikacyach Akademii Umiej. w Krakowie).

W dyskusyi zabierają głos: Kol. prof. Kostanecki podnosi, że gdyby przewody żółciowe międzykomórkowe komunikowały z naczyniami krwionośnemi, to prąd krwi porywałby zawsze żółć z przewodów i mielibyśmy stale żółtaczkę; następnie prosi o wyjaśnienie kol. prelegenta, jaką ścianę przyjmuje w przewodach żółciowych międzykomórkowych, a szczególnie w przewodach, biegnących, jak to na jednym z preparatów demonstrował, wzdłuż naczynia krwionośnego i wreszcie jak tłómaczy komórki o dwóch jądrach, jakie w świetle naczyń krwionośnych w demonstrowanych preparatach widział, czy nie są to komórki olbrzymie, powstałe z leukocytów, podobnie, jak się to spotyka w preparatach z tkanek płodowych.

Kol. prof. Cybulski zabiera głos co do pierwszego punktu przemówienia kol. prof. Kostaneckiego, podnosząc, że ponieważ ciśnienie w naczyniach krwionośnych jest wyższe, niż w przewodach śródwątrobnych, przeto przedostawałaby się raczej krew do przewodów żółciowych, a nie żółć do krwi.

Kol. Herman Hirsch omawia wyniki badań kol. prelegenta z punktu widzenia klinicznego, wylicza obecne teorye powstawania żółtaczki i podnosi, że żadna z nich nie tłómaczy powstawania żółtaczki w sprawach patologicznych wątroby, ogniskowo występujących; wyniki badań prelegenta tłomaczą je bardzo dobrze.

Kol. prof. Browicz w odpowiedzi zaznacza, że nigdy nie twierdził i dziś nie twierdzi, aby przewody żółciowe komunikowały z naczyniami krwionośnemi w stanach normalnych. Komunikacya ta wytwarza się dopiero w stanach patologicznych przez rozrywanie się ścianek naczyń włosowatych. Jakiego pochodzenia są ścianki przewodów żółciowych, odpowiedzieć nie umie, powiedzieć może tyle, co widzi, mianowicie, że ścianki przewodów barwią się tak samo, jak ścianki naczyń krwionośnych. Co do pochodzenia komórek olbrzymich również nic pewnego jeszcze nie wie. Spotyka się je bardzo często i najprawdopodobniej są one bardzo rozmaitego pochodzenia.

Zgromadzeni podziękowali kol. Prelegentowi za wykład rzęsistymi oklaskami. Na tem zakończono obrady, odraczając II punkt posiedzenia z powodu spóźnionej pory do następnego posiedzenia.

Dr. Stanisław Droba sekretarz.

VI. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Towarzystwo samopomocy lekarzy.

Zaledwie w zeszłym tygodniu ogłoszonem zostało w dziennikach zatwierdzenie przez władze Statutu Towarzystwa, a już codziennie z różnych stron kraju nadchodzą liczne zgłoszenia. Wszyscy koledzy wyrażają przytem swe zadowolenie, że tak potrzebna organizacya w życie wprowadzoną zostanie. Od dnia 30 czerwca do 2 lipca nadeszły zgłoszenia od kilku pp. profesorów Uniwersytetu w Krakowie, dalej od lekarzy z powiatów: Bobreckiego, Chrzanowskiego, Dobromilskiego, Niskiego, Kamioneckiego, Kołomyjskiego, Tarnobrzeskiego i Wadowickiego. Dla uniknięcia nieporozumień i w celu ułożenia dokładnej listy zgłaszających się członków, uprasza niniejszem Komisya organizacyjna nawet tych pp. Kolegów, w Krakowie zamieszkałych, którzy w pracach przygotowawczych brali udział, aby raczyli mimo tego zgłaszać się do sekretarzy: dr. Langiego lub dr. Słapy, najlepiej zapomocą karty korespondencyjnej. Statut Towarzystwa jest obecnie w druku i jeszcze w tym tygodniu wszystkim pp. lekarzom rozesłany zostanie. *Komisya organizacyjna.*

IX. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

W poprzednim wykazie wykładów zaszła pomyłka, mianowicie nie w sekcyi XI, ale

W sekcyi XII (patologicznej) zgłoszono wykład: 14) Doc. Dr. M. Siedlecki i Dr. Ks. Lewkowicz: O rozwoju pasorzytów zimniczych w ustroju i poza ustrojem ludzkim (z przedstawieniem preparatów i rysunków).

Dalej zgłoszono:

W sekcyi IX. 3) P. St. Hoffmann (Kraków): Historya farmacyi. (406)

— W sekcyi XI. 38) Dr. St. Eljasz-Radzikowski (Lwów): Ustęp z dziejów rozwoju krwi (z przedstawieniem preparatów drobnowidowych) [ewentualnie na posiedzenie wspólne z sekcyą XII] (407)

— W sekcyi XIII. 29) Dr. Marischler (Lwów): Wpływ chlorku sodowego na wydzielanie nerki chorej. (408)

30) Dr. Rencki (Lwów): Czynność żołądka (mechanizm i chemizm) w wrzodzie okrągłym po zabiegach operacyjnych *(gastroenterostomia, resectio pylori)* (409)

31—32) Dr. St. Eljasz-Radzikowski (Lwów): a) Z dziedziny niedokrewności. b) Wskazania do leczenia klimatem zakopiańskim. (410—411)

— W sekcyi XI. 39) Dr. A. Wróblewski (Kraków): Kilka uwag o pewnych składnikach mleka. (412)

40) P. M. A. Przesmycki (Monachium): O barwieniu za życia jądra i protoplazmy (z demonstracyą). (413)

— W sekcyi XII. 15) Prof. dr. Hlava (Praga): [tytuł podany będzie później]. (414)

— W sekcyi XIII. 33) Prof. dr. Maixner (Praga): [tytuł podany będzie później]. (415)

— W sekcyi XVII. 27) Doc. dr. Heveroch (Praga): O neuromech michy. (416)

— W sekcyi XXI. 23) Dr. E. Vlasák (Král. Vinohrady): Hygienicko-socialni zarízení v Král. Vinohradach. (417)

— Sprawozdanie na temat: „Zapobieganie gruźlicy u bydła" objął prof. Dr. Grabowski (Lwów).

Zalegających z nadesłaniem streszczeń ze zgłoszonych wykładów uprasza Komitet gospodarczy o niezwłoczne ich nadesłanie. Tosamo odnosi do streszczeń z referatów o ogólnych tematach obrad, postawionych na porządku dziennym.

Panie, towarzyszące uczestnikom zjazdu korzystają (za złożeniem połowy wkładki, to jest 10 koron, 4 ruble, 9 marek, 10 franków) **ze wszystkich rozrywek i ułatwień, przysługujących uczestnikom.**

Adres zamówionego mieszkania otrzymają uczestnicy zjazdu zaraz po przyjeździe do Krakowa w biurze Komitetu kwaterunkowego na dworcu kolejowym.

Biuro informacyjne Komitetu urzędować będzie w czasie zjazdu (niezależnie od biura kwaterunkowego, pomieszczonego na dworcu) **w „Collegium novum"** (ul. Jagiellońska, wejście od plantacyj).

Obecnie zaś, począwszy od 5 lipca, przyjmuje Komitet gospodarczy interesentów w sprawach zjazdu, załatwia wpisy na uczestników, sprawy sekcyj i t. d. codziennie prócz niedziel od $5^1/_2$ do $6^1/_2$ popoł. w mieszkaniu sekretarza głównego, prof. Ciechanowskiego (Wielopole 4, parter).

Miejsce zebrania się w piątek 20 lipca wieczorem ogłoszone będzie naprzód w prasie polskiej fachowej i codziennej, oraz na dworcu kolei w Krakowie w przeddzień zjazdu.

Ciechanowski
(Wielopole 4) sekr. Kom. gosp.

XIII. międzynarodowy Kongres lekarski, który odbędzie się w Paryżu od 2 do 9 sierpnia 1900 r.

Komitet wykonawczy zawiadamia: na wyraźne życzenie prezydenta Rzeczypospolitej francuskiej, ażeby zamknięcie Kongresu nastąpiło uroczystością, przez niego urządzoną w pałacu Elyzejskim, program przyjęć uroczystych został zmieniony w następujący sposób:

2 sierpnia: Przyjęcie w imieniu rządu przez prezydenta ministrów.

3—VIII: Przyjęcie (za osobnemi zaproszeniami) przez prezydenta Kongresu.

5—VIII: Przyjęcie przez Komitet organizacyjny Kongresu w pałacu i ogrodzie Luksemburgskim.

7—VIII: Przyjęcie przez Radę miasta Paryża w „Hôtel de Ville“.

9—VIII: Przyjęcie przez prezydenta Rzeczypospolitej w pałacu Elyzejskim.

Przypominamy raz jeszcze adres lokalnego Komitetu polskiego w Paryżu: *Mr. dr. Boleslas Motz. Paris. Clinique du prof. Guyon, Hôpital Necker.*

Dr. Kwaśnicki, sekretarz. *Prof. Wicherkiewicz,* prezes.

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 5 lipca.

* Rada warszawskiego Towarzystwa higienicznego zawiadamia, że miesięcznik »Zdrowie« przeszedł z d. 1 lipca b. r. na własność Towarzystwa, a redakcyę obejmie dr. Władysław Janowski.

Pomyślny rozwój warszawskiego Towarzystwa higienicznego, obszerny, a tak gorliwie spełniany zakres jego działania, napawa wielką otuchą, że ludność nasza nie zapóźno się dowie, na czem polega utrzymanie zdrowia; cieszymy się więc szczerze, że Towarzystwo posiędzie organ własny, bez czego działalność jego nie mogłaby się nigdy rozwinąć.

„Zdrowie« jest dziś jedynem czasopismem higienicznem, wydadawanem w polskim języku. Dotychczasowy zakres działania Towarzystwa higienicznego pozwala przewidzieć kierunek nowej redakcyi, a tem samem stwierdzić, że »Zdrowie“ może i powinno mieć najszersze rozpowszechnienie w naszych granicach etnograficznych i stać się organem sanitarnych zarządów gminnych, powiatowych i okręgowych.

Założycielowi i dotychczasowemu kierownikowi »Zdrowia“, dr. Józefowi Polakowi, należy się od lekarzy i ogółu polskiego wszelka wdzięczność za długie lata trudu dla zdrowia społeczeństwa naszego.

* Stopień doktora medycyny w Uniwersytecie lwowskim otrzymał Alfred Emanuel Burzyński, asystent przy katedrze anatomii.

* W m. lipcu, prócz IX. Zjazdu lekarzy i przyrodn. polskich w Krakowie, odbędą się następujące kongresy międzynarodowe: Kongres dla etyki lekarskiej w Paryżu; kongres prasy lekar. w Paryżu i kongres dla elektrologii i radyologii także w Paryżu.

* W Berlinie ustanowioną będzie w przyszłym roku szkolnym katedra wodolecznictwa, którą ma zająć prof. Brieger.

* Że zdobycie niepodległości politycznej nie jest jednoznaczącem z zajęciem stanowiska w rozwoju oświaty powszechnej świadczy Bułgarya, która w ostatnich latach poniekąd cofa się, a nie postępuje: niedawno zamknięto tam 10 szpitali; ufundowany w roku zeszłym Instytut do badania środków spożywczych w Warnie został obecnie zniesiony, a takaż pracownia w Sofii zmniejszyła swój personal.

* Prof. Karol Noorden rozpoczął od m. maja t. r. wydawać czasopismo p. t. *Centralblatt für Stoffwechsel- und Verdauungs-Krankheiten.* Roczna prenumerata wynosi 20 mk.

* W Niemczech istnieje Stowarzyszenie »Szkolnego nadzoru lekarskiego“. Jako próba jego działalności służyć mogą następujące liczby, na 547 dzieci, zbadanych przez lekarzy w dwóch szkołach lipskich, znaleziono: 2 przypadki gruźlicy płucnej, 11 — choroby sercowej, 63 zmian w gruczołach; 75 z zboczeniami w narządzie wzrokowym, 10 — słuchowym, 10 z zboczeniem kręgosłupa. W Frankfurcie każdemu lekarzowi, należącemu do Stowarzyszenia, przydzielono 1700 uczniów, których on co 2 tygodnie bada i wynik zapisuje.

Mianowania i odznaczenia. Prof. Kockel mian. został kierownikiem świeżo powstałego Instytutu dla sądowej medycyny w Lipsku. Dr. Calmette mian. został profesorem higieny i bakteryologii w Lille. Dr. Bosc mian. został profesorem anatomii patologicznej. Dr. Dandon mian. został profesorem farmakologii w Queens College w Corku (Irlandya). Dr. Roncoroni został nadzw. profesorem psychiatryi w Cagliari (Sardynia). D-rowie: Litten i Grunmach mianowani zostali profesorami nadzw. w Berlinie.

Nekrologia. Dr. Witold Kluczycki, członek Rady powiatowej dąbrowskiej, wójt gminy Mędrzechowa, zmarł w Karlsbadzie, Dr. Otis, prof. chorób dróg moczowych, zmarł w New-Yorku.

Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Medycynie* Nr. 26: Białokura Fr.: Przypadek przymiotu mózgowo- rdzeniowego, przebiegający z podwyższeniem ciepłoty. Kraushara Maks.: Tężyczka jawna i utajona u dzieci. W *Nowinach Lekarskich* Z. 12: Dr. Gantkowskiego: O rozdarciach urazowych pęcherza moczowego. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 26: Brudzińskiego I.: Przypadek zapalenia płuc ogniskowego zstępującego, wywołanego przez *pneumobacillus Friedländeri* u niemowlęcia kilkudniowego Dr. Nusbauma H.: O wahaniach okresowych w energii czynności fizyologicznych (c. d.). Neugebauera Fr.: Nowy przyczynek do nauki o wrzekomem obojnactwie, zawierający 35 przypadków (dok.).

Redakcya otrzymała: Dr. Kurkiewicz Stan.: Eukazyna wobec zgagi (Odbitka z *Gaz. Lek.* L. 14). Tenże: Baczność kąpielowcy! letnicy! (Odbitka z *Przewod. Zdrowia*). Tenże: Uznanie dla lekarzy chorób wewnętrznych. Prof. dr. H. Kadyi: O barwieniu ośrodków nerwowych przy pomocy zaprawy (bajcowania) solami metali ciężkich.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

KONKURSY.

L. 1271. Celem obsadzenia posady lekarza okręgowego z siedzibą w **Chorostkowie**, rozpisuje niniejszem Wydział powiatowy w Husiatynie konkurs.

Okręg sanitarny w Chorostkowie obejmować będzie następujące miejscowości:

Chorostków, Chłopówka, Horodnica, Howiłów mały, Howiłów wielki, Karaszyńce, Kluwińce, Mszaniec, Peremiłów, Postołówka, Raków kąt, Uwisła i Wierzchowce.

Zaludnienie okręgu wynosi około 26.000 mieszkańców.

Płaca roczna lekarza okręgowego wynosi 1000 koron, ryczałt na objazdy 800 koron.

Ubiegający się o posadę powyższą wykazać się mają:

1) Prawem obywatelstwa austryackiego.

2) Dyplomem doktora medycyny uprawniającym do wykonywania praktyki lekarskiej.

3) Nieskazitelnym charakterem.

4) Znajomością języków krajowych.

5) Praktyką najmniej 2-letnią w zawodzie lekarskim.

6) Dostateczną zdatnością fizyczną do pełnienia służby lekarza okręgowego.

Między kandydatami pierwszeństwo będą mieli ci, którzy się wykażą dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego, lub egzaminem fizykackim. Obowiązki służbowe określa instrukcya służbowa z 31 grudnia 1891 Dz. ust. kraj. Nr. 83.

Posada ta nadaną zostanie z dniem 1-go stycznia 1901 na rok jeden prowizorycznie, poczem dopiero nastąpić może stabilizacya.

Podania należycie ostemplowane (1 kor.) należy wnosić do Wydziału powiatowego w Husiatynie do dnia 31 lipca 1900 r.

L. 934

Wydział powiatowy w Stryju rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Tucholce, z płacą roczną z funduszu powiatowego w kwocie 1000 koron i ryczałtem na koszta podróży, ustanowionym przez Wydział krajowy w rocznej kwocie 800 koron.

Okręg sanitarny obejmuje miejscowości: Annaberg, Felizienthal ze Smorżem górnem, Grabowiec Skolski, Hołowiecko, Hutar, Kalne, Karlsdorf, Kliniec, Orawa, Orawczyk, Pławie, Pohar, Ryków, Smorze dolne, Smorze miasto, Tucholka, Tysowiec, Wyżłów i Zupanie, razem 19 gmin z ludnością 11,030 na obszarze 330 kilometrów kwadratowych.

Ubiegający się o tę posadę mają oprócz dostatecznej fizycznej zdatności, stwierdzonej świadectwem c. k. lekarza powiatowego wykazać się:

prawem obywatelstwa austryackiego;

dyplomem doktora medycyny, uprawniającym do wykonywania praktyki lekarskiej;

świadectwem moralności;

znajomością języków krajowych i przynajmniej dwuletnią praktyką w zawodzie lekarskim.

Lekarz okręgowy w Tucholce będzie miał obowiązek utrzymywania apteki domowej. Obowiązki służbowe określa instrukcya służbowa z 31 grudnia 1891 dz. u. kr. Nr. 82 i 83 (część XXII Dz. u. kr. z r. 1891).

Posada zostanie nadaną na 1 rok prowizorycznie, poczem dopiero może nastąpić stabilizacya.

Podania ostemplowane marką stemplową na 1 koronę, należy wnosić do Wydziału powiatowego do dnia 10 lipca 1900 roku.

Z Wydziału powiatowego.

L. 1427.

W myśl reskryptu Wydziału krajowego z dnia 17-go kwietnia 1900 L. 25,405 rozpisuje niniejszem Wydział powiatowy konkurs na posadę *lekarza okręgowego* z siedzibą w Osieku.

Do okręgu w Osieku należy 11 gmin z liczbą mieszkańców 10.570 Lekarz okręgowy obowiązanym będzie utrzymywać aptekę domową.

Płaca z posadą tą połączona wynosi rocznie 1000 koron, zaś ryczałt na koszta podróży rocznie 600 koron.

Podania o nadanie tej posady należy wnosić do Wydziału powiatowego w Biały najdalej do dnia 31 lipca 1900 i załączyć do podania:

1. Dyplom doktora medycyny;
2. Dowód obywatelstwa austryackiego;
3. Dowód, iż petent nie przekroczył 40-go roku życia;
4. Świadectwo odbytej conajmniej dwuletniej praktyki w zawodzie lekarskim;
5. Świadectwo lekarskie, potwierdzone przez odnośnego c. k. lekarza powiatowego, iż petent jest fizycznie zdolnym do pełnienia funkcyi lekarza okręgowego.

Z Wydziału powiatowego

Biała, dnia 8 czerwca 1900.

LWkr. 42012/900.

W myśl § 12 ustawy z dnia 28 lipca 1897 (Nr. 47 dz. u. kr.) Wydział krajowy Królestwa Galicyi i Lodomeryi z Wielkiem Księstwem Krakowskiem ogłasza niniejszem konkurs na posadę sekundaryusza przy szpitalu powszechnym w **Białe** z płacą 1200 koron rocznie.

Na razie posada ta nadaną będzie prowizorycznie, po roku jednak użytecznej dla szpitala służby kandydat będzie miał prawo prosić o stabilizacyę.

Ubiegający się o powyższą posadę winni najpóźniej do 20 lipca 1900 wnieść podanie do Wydziału krajowego z dołączeniem:

a) metryki urodzenia na dowód, że kompetujący nie przekroczył 40 roku życia;

b) dowodu obywatelstwa monarchii Austro-węgierskiej;

c) Dyplomu doktora wszech nauk lekarskich, uzyskanego lub potwierdzonego na jednym z uniwersytetu państwa Austro-węgierskiego.

Z Wydziału krajowego.

We Lwowie, dnia 30 czerwca 1900. *Grott.*

Niniejszem rozpisuje się konkurs na posadę asystenta przy Zakładzie patologii ogólnej i doświadczalnej z płacą roczną 1400 koron. Podania należycie ostemplowane wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do 1 października 1900.

Wydział Rady powiatowej w Przemyślu rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w Niżankowicach z płacą roczną 1400 koron i ryczałtem na koszta podróży 600 korsn. Podania wnosić do Wydziału Rady powiatowej w Przemyślu do dnia 31 lipca b. r.